№ 3. WARSZAWA, MARZEC 1939 ROK XI.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— **Numer pojedynczy Zł. 1.—**

№ 3. WARSZAWA, MARZEC 1939 ROK XI.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. Z. ŚWISŁOCKI, asystent szpitala.
Z oddziału 2 gruźliczego Szpitala na Czystem.
Ordynator Dr. Med. B. Jochweds.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA ZABURZEŃ WEGETATYWNYCH W PRZEBIEGU GRUŹLICY PŁUC.

Obserwacje kliniczne pozwalają stwierdzić, że wiele objawów, dla których nie można ustalić przyczyny organicznej, jest pochodzenia wegetatywnego. To samo można powiedzieć o gruźlicy płuc, w przebiegu której w wielu przypadkach występują poszczególne objawy czy zespoły objawów wegetatywnych, górujących nieraz nad całym obrazem chorobowym i pozostawiających zasadnicze cierpienie w cieniu. Mogą to być więc uporczywe poty, podcinające siły ustroju, odbierające spokój i sen, dolegliwości żołądkowo-jelitowe pod postacią bólów i ściskania w dołku podsercowym, nudności, wymiotów oraz biegunki, kołatanie serca, ogólny niepokój, a wreszcie — t. zw. wtórne stany kurczowo-oskrzelowe (*Staehelin, Pal, Jagić, A. Landau* i *B. Jochweds*).

Teoria *Eppingera* i *Hessa* wprowadziła do medycyny pojęcia sympatykotonii i wagotonii w zależności od wyniku reakcji organizmu na pilokarpinę lub adrenalinę. Doświadczenia kliniczne wykazały jednak, że przewaga jednego z tych układów nigdy nie występuje w czystej postaci. Są to raczej wahania, przechylające napięcie w jedną lub drugą stronę.

L. R. Müller twierdzi, że napięcie jednego z układów jest możliwe, ale tylko w pewnej jego części. *Julius Bauer* jednak jest zdania, że ludzie o wrażliwym układzie wegetatywnym wykazują z reguły jednoczesną nadwrażliwość w stosunku do pilokarpiny i adrenaliny. *Danielopolu* jest tego samego zdania i wprowadza pojęcie amphotonii, które pokrywa się z pojęciem *v. Bergmanna* („vegetativ stigmatisierte“).

Czynność układu wegetatywnego mimo swej autonomii nie da się uniezależnić od całokształtu czynności fizjologicznych organizmu a przede wszystkim od zachowania się samego środowiska tkanek (Milieufaktoren). Tkanki bowiem obok ośrodków wegetatywnych śródściennych (enteric system) posiadają jeszcze t. zw. samoregulację komórkową. Jak dalece należy tę samoregulację kłaść na karb czynników humoralno-fizykalno-kolloidalnych trudno jest jeszcze powiedzieć. We wszelkim razie niewątpliwym jest obok fermentów i witamin wpływ jonów potasu i wapnia.

Analogicznie do zaburzeń wegetatywnych w schorzeniach przebiegających z rozpadem białka przypuszczano, że zaburzenia wegetatywne w przebiegu gruźlicy płuc dotyczą postaci ciężkich, rozpadowych. Stwierdzono jednak takie same zaburzenia wegetatywne w okresach początkowych.

Eppinger i *Hess* mówią o wybiórczym uszkodzeniu układu sympatycznego w gruźlicy. Inni autorzy *(Deutsch, Hoffman, Guth, Burstein. v. Kern* i *Kunze)* uważają, że w gruźlicy następuje obniżenie pobudliwości całego układu wegetatywnego. Tuberkulina miałaby na początku działać, jako jad parasympatyczny, pociągając za sobą w konsekwencji przewagę układu sympatycznego. W dalszym ciągu jednak tuberkulina ma atakować również układ sympatyczny, porażając w końcu oba układy

Sympatykotonia odpowiadałaby więc tendencji do wyleczenia, wagotonia — wyczerpaniu allergii ustrojowej (postaci gruźlicy sympatykowytwórczei wagotonicznowysiękowe — *(Maestracci, Hagen, Gabbe, Guth, Glaser, Schilf, Hamburger, Peyrer, Bayza, Ikonen, Kunina)*. Z takim schematyzowaniem nie godzą się jednak np. *Schut, Gali i Somogyi*.

Z rozbieżności tych pojęć można tylko wyciągnąć wniosek, że trudno mówić o wpływie na przebieg gruźlicy wyłącznie układu sympatycznego czy parasympatycznego. Należy mówić raczej o nadmiernej pobudliwości całego układu wegetatywnego.

Jeżeli przystąpimy do zanalizowania poszczególnych objawów zaburzeń wegetatywnych według ich częstości występowania i stopnia odczuwania przez chorego, to najczęstszym i najbardziej dokuczliwym objawem są poty. Tę nadmierną potliwość gruźlików usiłowano wytłumaczyć w najrozmaitszy sposób. Przypuszczano więc, że wskutek zmniejszenia powierzchni oddechowej, skóra musi zwiększyć swą pracę przez wzmożenie czynności gruczołów potowych, że wskutek zaburzeń w wymianie gazów nagromadzony w ustroju dwutlenek węgla podrażnia ośrodki potne w centralnym układzie nerwowym, że wreszcie, co wydaje się najbardziej słuszne, poty gruźlików są pochodzenia toksycznego, ponieważ skuteczne leczenie uciskowe wraz z innymi objawami usuwa również i poty. Toksyny zatem byłyby tym właśnie czynnikiem drażniącym ośrodek potny względnie gruczoły potowe bezpośrednio.

Unerwienie sympatyczne gruczołów potnych wykazał *Luchsinger*. Istnienia zaś włókien parasympatycznych należało się domyśleć ze względu na działanie pilokarpiny, wywołującej wzmożenie czynności gruczołów potowych. Istnienie tych włókien wykazał kilka lat temu *Ken Kuré*. Neurony parasympatyczne występują według tego autora nie jako anatomicznie oddzielne sznury, lecz biegną wspólnie z tylnymi korzonkami rdzenia do zwoju kręgowego, gdzie podobnie jak nerwy czuciowe mają przerwę w zwoju. Dlatego też przez długi czas włókna parasympatyczne były przeoczane, a ich działanie było ujmowane mylnie jako przeciwbieżna (doobwodowa) czynność nerwu dośrodkowego czuciowego.

Unerwienie sympatyczne i parasympatyczne innych narządów nie ulega żadnej wątpliwości. Przyjmując istnienie amfotonii *Rothlin* i *Bickel* uznali, że terapia tych stanów musi iść jednocześnie w dwu kierunkach (sédation amphotrope). Takim środkiem porażającym oba układy okazał się Bellergal „Sandoz“ o następującym składzie chemicznym:

Gynergenu	0,0003
Bellafoliny	0,0001
kw. fenyloetylobarbiturowego	0,02

Gynergen (ergotamina zawarta w sporyszu) hamuje układ sympatyczny. Bellafolina (zespół alkaloidów folia belladonnae) hamuje układ parasympatyczny. Kwas fenyloetylobarbiturowy obniża pobudliwość rdzenia mózgowego.

W Bellergalu kojarzy się zatem działanie ośrodkowe kwasu fenyloetylobarbiturowego z obwodowym działaniem Bellafoliny i Gynergenu.

Zdawałoby się na pozór, że działanie Bellafoliny i Gynergenu znosi się wzajemnie. *Rothlin* udowodnił jednak, że w Bellergalu działanie obu tych środków zostaje utrzymane.

Również *Jores* i *Goyert* wykazali, że po leczeniu Bellergalem zdolność reagowania organizmu na adrenalinę i pilokarpinę jest zmniejszona.

Nasze obserwacje na 26 chorych potwierdzają skuteczne działanie Bellergalu w całej rozciągłości. Obserwacje dotyczyły chorych na gruźlicę płuc z silnymi potami, ze stanami bronchospastycznymi, z zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi oraz z extra-systolią.

W 12 przypadkach potów nocnych, poty te ustępowały na drugi, trzeci dzień, przy podawaniu 2 drażetek jednorazowo przed snem, a w stanach uporczywych, ciężkich po podawaniu 4 drażetek na dobę. W żadnym przypadku potliwości Bellergal nie zawiódł. Chorzy podawali, że czują się znacznie lepiej i mają spokojne noce. Kilku chorych zaledwie skarżyło się na nieznaczne wysychanie błon śluzowych jamy ustnej i gardzieli.

U 9 chorych z wtórnymi stanami bronchospastycznymi (bronchitis spastica concomitans) furczenia i świsty znikały bezpowrotnie po kilku dniach, a wraz z nimi i podmiotowe uczucie duszności.

Spośród 4 przypadków ciężkich zaburzeń żołądkowo-jelitowych, w jednym, gdzie wszystkie dostępne nam środki farmakologiczne zawiodły, Bellergal po kilku dniach (4 drażetki na dobę) dał nieoczekiwany wprost efekt. Chory skarżący się na silne bóle rozlane w jamie brzusznej, biegunkę uporczywą i wymioty — uwolnił się zupełnie od trapiących go dolegliwości.

W 2 następnych przypadkach uzyskaliśmy wybitną, w ostatnim przypadku — nieznaczną poprawę.

W przypadku ekstrasystolii już na drugi dzień akcja serca umiarowiła się.

W znacznym odsetku przypadków podawano dla porównania rozmaite pochodne Extr. Belladonnae — bez wyniku.

Chory B. S. l. 23. Rozpoznanie: Gruźlicze zapalenie płuc odoskrzelowe lewostronne. Odma sztuczna lewostronna nieskuteczna.

Od czasu przybycia na oddział skarżył się na poty zlewne i bezsenność. Już następnego dnia po podaniu 2 drażetek Bellergalu w dawce jednorazowej — chory pocił się znacznie mniej i spał dobrze. Na 4 dzień poty zupełnie ustąpiły.

Chory W. L. l. 47. Rozpoznanie: Gruźlica płuc jamista obustronna. Gruźlica krtani. Poza kaszlem i chrypką skargi na męczące poty. Po podaniu Bellergalu (2 drażetki) następnego dnia poty zmniejszyły się, a na 3 dzień — ustąpiły zupełnie.

Chory C. W. l. 29. Rozpoznanie: Gruźlica płuc ujawniona obustronna. Główne skargi: poty.

Przez trzy dni podawano po 2 draż. Bellergalu bezskutecznie. Gdy podwyższono dawkę do 4 drażetek na dobę, poty zmniejszyły się i po następnych 2 dniach ustąpiły.

Chory S. J. l. 31. Rozpoznanie: Gruźlica płuc obustronna. Wtórny stan bronchospastyczny. T^0 normalna. Kaszel męczący. Duszność. Objektywnie: w obrębie górnych płatów obu płuc stłumienie. Oddech chuchający, liczne rzężenia, furczenia i świsty. Poza tym nad całą powierzchnią obu płuc — wdech krótki, wydech długi. Podawano 3 drażetki Bellergalu dziennie i po 3 dniach postępującej poprawy, szmery dodatkowe w płucach ustąpiły całkowicie. Chory wypisał się ze znaczną poprawą.

Chory P. A. l. 27. Rozpoznanie: Gruźlica płuc obustronna. Jedyne skargi chorego: Duszność, która nie opuszczała go w dzień ani w nocy. Objektywnie: nad obydwoma płucami rozsiane furczenia i świsty. Podawano 3 drażetki Bellergalu na dobę. Na trzeci dzień chory czuł się znacznie lepiej. Duszność mniejsza. Pojedyńcze furczenia utrzymywały się jeszcze przez następnych 6 dni, po czym znikły bez śladu.

Chory L. E. l. 26. Rozpoznanie: Gruźlica płuc obustronna w okresie obostrzenia. T^0 do 38,5. Zasadnicze skargi: bóle brzucha, nudności, biegunka, bóle głowy. Żadne środki farmakologiczne nie potrafiły zatrzy-

mać biegunki, ani usunąć pozostałych przykrych objawów. Podawano choremu Bellergal (4 drażetki na dobę) i po kilku dniach wszystkie wymienione dolegliwości ustąpiły; stan podgorączkowy utrzymuje się nadal, stan ogólny chorego — lepszy.

Chory K. S. l. 26. Rozpoznanie: Gruźlica płuc obustronna. Skargi na uczucie pełności w dołku podsercowym, odbijania i nudności. Stolce rozwolnione. Po trzech dniach podawania Bellergalu (3 drażetki na dobę) — poprawa.

Chory B. H. l. 23. Rozpoznanie: Gruźlica płuc jamista obustronna. Skargi na nudności i uporczywe wymioty. Po dwuch dniach stosowania Bellergalu — poprawa. Na trzeci i czwarty dzień wymioty znów wróciły. Po 18 dniach leczenia — nieznaczna poprawa.

Chory R. J. l. 38. Rozpoznanie: Gruźlica jamista obustronna. Gruźlica wargi dolnej. St. podgorączkowy. Tętno 96/min. niemiarowe. Skurcze dodatkowe serca co 3 — 4 uderzenia, a czasem co 14 — 18 uderzeń, po nich przerwa wyrównawcza. Podano choremu 3 drażetki Bellergalu i już następnego dnia akcja serca stała się miarowa.

PIŚMIENNICTWO.

1. *A. Landau* i *B. Jochweds* — Warsz. Czas. Lek. Nr. 39 — 40 1929.
2. *Grundner* — Beitr. Klin. Tbk. 84. 590.
3. *Smilovits* — Beitr. Klin. Tbk. 85. 73.
4. *Lampl* — Schweiz. med. Wschr. 65. 1935.
5. *Wichman* — Dtsch. med. Wschr. 60. 1500. 1934.
6. *Hessen* — Dtsch. Tbc.-Bl. 8. 235. 1934.
7. *H. H. Meyer* und *R. Gotlieb* — Die experimentele Pharmakologie 1933.
8. *Ken Kuré* — Ueber den Spinal Parasympathicus, Basel 1931.

Dr. B. SCHAEFFER.

NAJNOWSZE SPOSOBY LECZENIA WRZODU ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY.

Histydyna.

Przyczyny powstania wrzodu żołądka i dwunastnicy są na ogół nieznane. Wśród licznych teorii opartych na doświadczeniach, jedno z czołowych miejsc zajmuje teoria niedoboru kwasów aminowych, szczególnie histydyny. *(Aron).*

Wiadomo, że kwasy aminowe są głównymi składnikami ciał białkowych komórek. Łatwość otrzymania tych kwasów z albuminoidów ustroju przy pomocy hydrolizy, pozwala na zbadanie ich roli biologicznej.

Badania doświadczalne *Wajsa* i *Arona* nad najbardziej znanymi kwasami aminowymi jak tryptofan, histamina, glikokol i histydyna, wykazały, że tylko histydyna odgrywa rolę w powstaniu wrzodu żołądka i dwunastnicy. Punktem wyjścia do teorii Arona były doświadczenia *Manna* i *Williamsona*. Autorzy ci w roku 1919, po wyłączeniu normalnego biegu soku dwunastniczego (zespolenie dwunastnicy z końcowym odcinkiem jelita grubego), wywoływali u psów wrzody żołądka i dwunastnicy.

Wajs i *Aron* powtórzyli te doświadczenia i stwierdzili, że wyłączenie dwunastnicze przyczynia się przede wszystkim do złego trawienia białek, do ich niedokładnego rozpadu, a tym samym do niedoboru kwasów aminowych, a szczególnie jednego z nich mianowicie, histydyny niezbędnej do normalnej funkcji żołądka.

Rzeczywiście, wstrzykując psom, po wyłączeniu dwunastniczym, codziennie 2,5 cm 4%-go chlorowodorku histydyny, autorzy ci widzieli, że śluzówka żołądka i dwunastnicy nie wykazuje najmniejszych śladów wrzodów. Wobec tych doskonałych wyników wielokrotnie powtarzanych, *Aron* i *Lenormand* wypróbowali histydynę u ludzi, u których przedtem stosowano bezskutecznie wszystkie znane metody leczenia zachowawczego. Leczenie rozpoczynano w okresie zaostrzeń objawów klinicznych wrzodu.

Dieta w okresie tego leczenia była mieszana i obfita. Wstrzykiwano codziennie 5 cm histydyny podskórnie lub domięśniowo. Wyniki bezpośrednie były bardzo dobre, gdyż już w okresie między 5 a 10 zastrzykiem znikały bóle, stan ogólny chorych znacznie się poprawiał, a obraz radiologiczny wykazywał daleko posuniętą poprawę. Dalsze obserwacje tych chorych wykazały jednak, że nadmierna kwasota nie ustępowała u wszystkich chorych, a w niektórych przypadkach mimo poprawy klinicznej radiografia nie wykazywała zmian we wrzodach zadawnionych, tylko w przypadkach świeżych stwierdzało się zupełne zniknięcie wrzodu. Trzeba zaznaczyć, że histydyna nie zabezpiecza chorych od nowych napadów, jednak natężenie dalszych obostrzeń okresowych jest o wiele słabsze ,a okresy wolne od dolegliwości są znacznie wydłużone. W rzeczywistości nie należy czekać na wystąpienie ponownego zaostrzenia sprawy, lecz należy wstrzykiwać histydynę zapobiegawczo. W tym celu w 6 tygodni po pierwszej kuracji należy rozpocząć drugą serię wstrzykiwań, następnie zaś w odstępach kilkumiesięcznych, zależnie od stanu chorego.

Wśród olbrzymiej ilości doniesień o histydynie, opinie o tej metodzie są bardzo przychylne. *Demole* i *Geuye* na podstawie obserwacji, obejmujących obszerny materiał kliniczny, uważają, że histydyna jest najpotężniejszym z pośród dotychczas znanych leków przeciw wrzodowi i daje wyraźną poprawę w $^2/_3$ przypadków.

Balsam Trikolan-AGE

Reg. M. O. Sp. Nr. 295

i

Balsam Trikolan-AGE

C. BIOPHYTOLO

Reg. M. O. Sp. Nr. 294

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju

w cierpieniach dróg oddechowych.

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń pp. Lekarzy, podkreślających dodatnie działanie tych środków, co jest **najlepszym świadectwem ich wartości leczniczej.** Preparaty te na I-ej Wystawie przeciwgruźliczej we Lwowie nagrodzone zostały złotym medalem.



Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc itp.

DOROŚLI: 3 do 4 razy dziennie po łyżce deserowej.

DZIECI: 3 razy dziennie po łyżeczce od herbaty.

Wobec ujawnionych naśladownictw prosimy WW. PP. Lekarzy o przepisywanie **„Balsamu Trikolan"** tylko w oryg. opakowaniu.

Dla pp. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.

Mokotowska Fabryka Chem.-Farm. A. Gąsecki i Synowie Sp. Akc.

Warszawa 12, Mokotów, ul. Belgijska Nr. 7.

Histamina.

Podłoże niedoboru histydyny w patogenezie wrzodu trawiennego może być według *Arona* dwojakie. Po pierwsze, zaburzenia w przemianie materii, po drugie niedostateczna zawartość histydyny w pożywieniu. Odnośnie pierwszego, według *Arona,* histydyna zostaje nadmiernie rozłożona w przewodzie pokarmowym na histaminę przez pewien określony drobnoustrój, który ma się rozwijać w środowisku kwaśnym. Wytworzona histamina wywołuje nadmierne wydzielanie soku żołądkowego i podciśnienie — objawy właściwe chorobie wrzodowej. Otóż ta koncepcja nie jest przyjęta przez *Israela* i *Jacoba.* Autorzy ci uważają, że treść jelitowa wcale nie ma odczynu kwaśnego, a z drugiej strony histamina podawana doustnie nie wywiera żadnego wpływu na czynność wydzielniczą żołądka.

Odnośnie drugiego, histydyna jest zawarta w najróżnorodniejszych pokarmach tak, że jej niedobór w pożywieniach jest mało prawdopodobny. Autorzy ci uważają raczej, że dodatni wpływ histydyny w chorobie wrzodowej należy przypisać histaminie, zawartej jako domieszka w ampułkach histydyny. Ta teoria skłoniła ich do zastosowania małych dawek histaminy (codziennie $^{1}/_{10}$ mg we wrzodzie żołądka). W 17 przypadkach leczenie to usuwało bóle już po 3 — 4 wstrzyknięciu. Autorzy ci myślą, że histamina nie jest tylko środkiem objawowym. lecz i zapewne przyczynowym. Wiadomo bowiem, że histamina rozszerza naczynia włoskowate, i znosi toniczne skórcze gładkiej mięśniówki przewodu pokarmowego. Otóż w myśl koncepcji *Aschoffa* skurcze mięśniówki, jak też skurcze naczyń krwionośnych są zasadniczą przyczyną powstawania wrzodów trawiennych. *Lambling,* uważając, że działanie histaminy jest natury ogólnej, rozpoczyna leczenie histaminą od 1/100000 mg i stopniowo, zwiększając dawkę, dochodzi do 1/100 mg. Autor ten uzyskuje bardzo dobre wyniki, mimo, że łączna dawka wynosi tylko 1/10 mg.

Jak widzimy z powyższego, kwestia histydyny i histaminy w patogenezie wrzodu żołądka i dwunastnicy, znajduje się obecnie jeszcze w okresie dyskusji.

Witamina C.

Spostrzeżenia i prace doświadczalne szeregu autorów przemawiają za tym, że pożywienie ubogie w witaminę C doprowadzić może do wytworzenia się wrzodu żołądka lub dwunastnicy *(Smith* i*Mac Conney).* Z drugiej strony u osobników, dotkniętych wrzodem żołądka, stwierdza się niedobór witaminy C. *(Thide). Singer, Roller, Werner* i inni w przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy opornych na leczenie dietetyczne i farmokologiczne przeprowadzili badania nad gospodarką witaminy C u tych chorych i nad działaniem leczniczym tej witaminy. Autorzy ci dochodzą do następujących wniosków: w przypadkach wrzodu żołądka



VERODIGEN

Preparat naparstnicowy,

wyjątkowo szybko ujawniający swe działanie,

o nader dobrej tolerancji.

Tabletki à 0,8 mg
rurki zawier. 12 i 25 szt.

Granulki à 0,08 mg
flakony zawier. 200 szt.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H.
MANNHEIM – WALDHOF

PRZEDSTAWICIELSTWO I GŁÓWNY SKŁAD SPRZEDAŻY:

DOM HANDLOWY R. ARCICHOWSKI
WARSZAWA, TRĘBACKA 4. TELEFONY: 6-13-21 i 6-89-89

i dwunastnicy ma się istotnie do czynienia po pierwsze z *niedoborem* witaminy C, uwarunkowanym ograniczoną jednostronną dietą, po drugie z *upośledzonym* wchłanianiem witaminy C przez schorzałą śluzówkę przewodu pokarmowego. *Wzmożony* zaś dowóz witaminy C wpływa bardzo korzystnie na przebieg tych schorzeń.

W przypadkach z nadkwasotą chory potrzebuje mniej witaminy C niż w przypadkach z podkwasem, gdzie ilość podawanej witaminy C powinna być olbrzymia, bo tu niedobór witaminy jest bardzo daleko posunięty. *Działanie lecznicze* witaminy C ujawnia się dopiero po nasyceniu ustroju witaminą.

Stosowana we wrzodzie żołądka i dwunastnicy dieta mleczno-kaszkowa uboga w witaminę C, jest więc niewystarczająca i musi być uzupełniona pożywieniem, zawierającym witaminę C (sok ze świeżych jarzyn i owoców), lub przetworami tej witaminy. Mechanizm działania witaminy C jest oparty na jej własnościach redukujących. Witamina C, odbierając tlen otaczającym tkankom, przyśpiesza zahamowane przy hipowitaminozie procesy przemiany materii w tkankach i działa przez to jak fizjologiczny bodziec ogólnoustrojowy. Dopiero witamina C, pobudzając przemianę materii, umożliwia należyte wykorzystanie spożywanych pokarmów. Pod wpływem witaminy C wzrasta też miejscowa odporność śluzówki żołądka i jej zdolność regeneracyjna.

Szereg autorów wykazał, że kombinowane leczenie witaminą C z histydyną daje jeszcze lepsze wyniki, niż sama witamina C lub sama histydyna. U chorych odpornych na histydynę dodatek witaminy C pozwolił na uzyskanie poprawy na przeciąg najmniej roku (*Renoir* i *Paissy*). Leczenie kombinowane wymaga również kilka serii z początku co 2 miesiące następnie coraz rzadziej.

Witamina B.

Doświadczenia wykazały, że witamina B wywiera działanie ochronne w stosunku do przewodu pokarmowego. Jest ona niezbędna dla normalnych procesów wchłaniania szczególnie tłuszczów i wykorzystania pokarmów oraz następnie dla normalnego wydzielania soku żołądkowego i dla utrzymania normalnego napięcia żołądka i jelit. Niedostateczna podaż witaminy B wywołuje między innymi uszkodzenie czynności nabłonka i zapalenie przewodu pokarmowego. *Howes, Vivier, Sure, Kellog* i inni wywoływali wrzód żołądka u psów, podając im pokarm pozbawiony witaminy B. *Schiodt* w Skandynawii i *Harrys* w Ameryce wykazali niedobór witaminy B u ludzi ze wrzodem żołądka. Poza tym zawartość witaminy B w diecie stosowanej w tej chorobie jest niedostateczna i ten niedobór jeszcze bardziej pogarsza stan chorych. Podawanie witaminy B w postaci drożdży lub preparatów krystalicznych poprawiał wybitnie stan chorych u tych autorów.

Metody odczulające.

a) *Metoda Weidlingera.* Metoda ta opiera się na koncepcji, według której choroba wrzodowa rozwija się na tle konstytucji hyperergicznej. Polega ona na wstrzykiwaniu podskórnie soku żołądkowego, uzyskanego przez zgłębnikowanie żołądka danego osobnika. Pod wpływem tego leczenia, prowadzącego do odczulenia ustroju, śluzówka żołądka staje się niewrażliwa na szkodliwe bodźce. Technika: po 12 godz. głodu (od wieczora do rana) zakłada się jałowy zgłębnik dwunastniczy i wydobywa się całkowitą zawartość żołądka bez domieszki treści dwunastniczej. Po założeniu zgłębnika chory nie powinien połykać śliny, lecz musi ją odpluwać. Aseptycznie wydobyta treść w ilości 1/10 cm wstrzykuje się pod skórę ramienia. W kilka minut po zastrzyku zaczyna się rozwijać odczyn skórny, których dochodzi do szczytu po 12 — 24 godzinach. W szeregu przypadkach autor otrzymywał poprawę na długie miesiące. Nawroty dolegliwości były leczone powtórnym zastrzykiem soku żołądkowego, który w każdym niemal przypadku sprowadzał znowóż polepszenie. Żadnego szkodliwego działania ubocznego ani objawów zakażenia miejscowego w żadnym wypadku nie było. Polepszenie po zastrzyku soku żołądkowego zaznaczało się po kilku godzinach, niekiedy po kilku dniach. Ustępowało palenie, ustawały bóle, poprawiał się apetyt, chory przybierał na wadze. Bez szkody dla chorego rozszerzano dietę i zaprzestano nawet podawanie alkaliów Tam gdzie podobne leczenie skutkowało, okres poprawy poprzedzony był przez przemijające pogorszenie samopoczucia z depresją, poceniem się, pobudzeniem naczynio-ruchowym i t. d. Obraz kliniczny okresu pogorszenia jest typowy dla odczynu anafilaktycznego i świadczy o uczuleniu ustroju, zaś następująca po nim poprawa jest wyrazem odczulenia anatyanafilaktycznego. Należy zaznaczyć, że, mimo znakomitej poprawy chorego, obraz anatomo-patologiczny chorych rzadko się zmieniał.

b) *Metoda Małkina.* Jedna z teorii powstania choroby wrzodowej przypisuje czynnikowi zapalnemu doniosłe znaczenie patogenetyczne Otóż przez śluzówkę zapalnie zmienioną przez bakterie, jady i t. d. przedostają się do organizmu we wzmożonej ilości alergeny zewnątrz pochodne. Wchłaniając się do ustroju produkty rozpadu obcego białka, wpływają niekorzystnie na czynność wątroby, upośledzając jej czynność odtruwającą i w związku z tym nowe alergeny pokarmowe, oraz autointoksykacja spowodowana niedomogą wątroby wywołują odczyny alergiczne ze strony śluzówki żołądka, prowadząc do wytworzenia się wrzodu. Za alergicznym pochodzeniem choroby wrzodowej przemawiają też wyniki badań Małkina i jego współpracowników. Wykazali oni obniżenie miana dopełniacza u chorych wrzodowych oraz obecność w wysięku pęcherza pokantarydowego wysokiego odsetka limfocytów i histiocytów oraz eozinofilów do 25%. Są to objawy stanu alergicznego.

Z metod leczniczych zmierzających do przestrojenia i odczulenia ustroju we wrzodzie żołądka (Roentgen, przetaczanie krwi, proteinoterapia), autor uważa za najlepszą dożylne wstrzykiwanie podsiarczynu sodu (10%). Środek ten odczula ustrój, nie wywołując przy tym silniejszego odczynu bodźcowego. Autor wstrzykiwał 0,5, 1,0, 3,0, 5,0 cm co drugi lub co trzeci dzień, ogółem 15 — 20 zastrzyków. Po tym leczeniu we wszystkich przypadkach ustąpiły bóle, objawy dyspeptyczne, chory przybierał na wadze, a obraz radiologiczny często się poprawiał. Gorzej reagował wrzód dwunastnicy, gdzie poprawa dotyczyła głównie objawów podmiotowych. Autor ten uważa, że żadna metoda nie dała mu takiego odsetka poprawy jak powyższa.

Surowica krwi.

Speht stosuje doustnie leczenie surowicą krwi wrzodu żołądka. Białko surowicze stanowiące 80% wszystkich stałych składników surowicy krwi odznacza się swą wysoką wartością biologiczną. Białko to wiąże i zobojętnia rozmaite ciała chemiczne w szczególności kwasy. Ponadto będąc ciałem koloidalnym, chroni owrzodzenia śluzówki żołądka przed szkodliwym działaniem jego treści. Według tego autora leczniczego działania surowicy krwi nie należy sprowadzać wyłącznie do właściwości zawartego w niej białka. Surowica krwi zawiera bowiem także zaczyny, ciała bakteriobójcze i antytoksyczne, wreszcie substancje pobudzające działanie zaczynów. *Speht* podawał surowicę wołu w dwóch dawkach po 50 cm na próżny żołądek, oraz ogólnie stosowaną dietę. Otóż w przypadkach, gdzie inne metody nie wywierały żadnego skutku, leczenie surowicą dawało znaczną poprawę na długi czas. Należy zaznaczyć, że metoda ta działa tylko w przypadkach świeżych.

Blokada nowokainowa. Krukow i *Waza* donoszą o wyleczeniu chorych na wrzód żołądka i dwunastnicy przy pomocy metody nowokainowej. Według nich na 125 chorych u $^2/_3$ można mówić o stałym wyleczeniu a w innych o wybitnej poprawie.

Wprowadzają oni 100 cm nowokainy w okolicę lewego paranephrium jednorazowo lub też 2 — 4 razy w zależności od podmiotowych i przedmiotowych objawów chorobowych. Skuteczność leczenia autorzy oceniają według zmniejszenia się nasilenia lub znikania tych objawów. Mechanizmu działania blokady nowokainowej należy szukać *w nerwowej teorii* powstania wrzodu żołądka. Wpływ układu nerwowego roślinnego na powstanie wrzodu jest od dawna znany, ale niezupełnie wyjaśniony. (*Pawłow*). Niewiadomo bowiem, czy blokada nowokainowa działa tylko na układ współczulny, czy na układ błędny, czy na oba razem. Te same wątpliwości istnieją odnośnie mechanizmu działania *atropiny,* ogólnie stosowanej we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. *Danielopolu* i jego współpracownicy wykazali bowiem, że atropina ma działanie amphotoniczne

przy długotrwałym stosowaniu. Zmniejsza ona wtedy napięcie zarówno nerwu współczulnego jak i błędnego i dlatego właśnie jest zalecana przez tegoż autora przy wrzodzie żołądka. Przy sposobności przypomnijmy, że *Landau* i *Heyman* leczą chorobę wrzodową codziennymi *dożylnymi wstrzykiwaniami* bromku sodu (10 cm — 10%) i siarczanu atropiny (1 mg). Ta kombinacja ma przywrócić *równowagę układu wegetatywnego* i stwarzać warunki bliznowacenia wrzodu. To leczenie wydaje się być dobrze znoszone, a wyniki mają być doskonałe.

Z powyżej podanych metod leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy, jak i innych metod, stosowanych dotychczas, możemy stwierdzić co następuje.

Widoki zachowawczego leczenia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy uzależnione są od tego, że w etiologii tego schorzenia nie występuje czynnik pojedyńczy, ale raczej kompleks, na który z jednej strony składają się czynniki wewnątrz pochodne, tkwiące w konstytucji chorego, a z drugiej strony — zewnątrz pochodne zależne od trybu życia danego osobnika. Obserwacje kliniczne dowodzą, że im bardziej w danym wypadku przeważa czynnik wewnątrz pochodny w powstaniu choroby wrzodowej i nabraniu przez niej cech przewlekłości, tym mniejsze stają się widoki stałego wyleczenia. Jako przykład może posłużyć wrzód żołądka u osobników młodych, który niemal zawsze uwarunkowany jest właściwościami konstytucjonalnymi, a właściwie dziedzicznymi i który wykazuje niezwykłą odporność, oraz skłonność do nawrotów i do ciężkich zmian anatomicznych. Z drugiej strony znane są przypadki, w których przewagę ma wybitnie czynnik zewnątrz pochodny i w których zmiana trybu życia, izolacja od środowiska, uregulowanie sposobu odżywiania się i t. d. wystarczają dla osiągnięcia wyleczenia.

Przy rozpatrywaniu szans zachowawczego leczenia należy rozróżnić poza tym dwa podstawowe procesy. Po pierwsze leczenie chwilowe istniejącego wrzodu, oraz, po drugie, leczenie choroby wrzodowej, to jest zwalczanie skłonności do tworzenia wrzodu. Pierwszy cel jest stosunkowo łatwo osiągalny, przy leczeniu zachowawczym. Osiąga się go według szeregu autorów w 75%. Drugi zaś cel — leczenie choroby wrzodowej — jest bardzo trudny do urzeczywistnienia. Udaje się to tylko rzadko i to w tych przypadkach, w których gotowość leczenia wrzodu jest bardzo nikła.

Jednak stan konstytucjonalny chorego może być w dużej mierze „przestrojony“ pod wpływem stałego leczenia wrzodu wyżej wymienionymi metodami. Z pośród dotychczas stosowanych metod, bodaj najbardziej przemawiają do przekonania sposoby leczenia histydyną oraz metodami odczulającymi.

Dr. N. SZYK.

PATOGENEZA I LECZENIE PRZEWLEKŁYCH STANÓW PODGORĄCZKOWYCH.

Przewlekłe stany podgorączkowe stanowią zespół kliniczny, wywołany przez zaburzenia układów roślinnego i dokrewnego na tle schorzeń zakaźnych. Leczenie wymienionych stanów jest możliwe jedynie przy prawidłowym ujęciu patogenezy cierpienia. Wytwarzanie ciepłoty w ustroju jest uwarunkowane przez procesy utleniania, które odbywają się głównie w mięśniach i w wątrobie. Straty cieplne zostają uskutecznione przez skórę przy czynnym współdziałaniu naczyń krwionośnych, gruczołów potowych oraz przez powietrze wydychane przez płuca. Równowaga cieplna ustroju zależy od bardzo skomplikowanego aparatu regulującego, który wywiera wpływ zarówno na wytwarzanie ciepła, jak i na straty cieplne. Niewydolność lub zaburzenia tego układu regulującego stanowią podłoże wszelkiego nadmiernego wzniesienia ciepłoty. Główną rolę w regulacji cieplnej odgrywają ośrodki układu roślinnego w międzymózgowiu i w rdzeniu przedłużonym, zaś jeśli chodzi o układ dokrewny, to tarczyca wzmaga procesy utleniania i tym samym może przez swą nadmierną czynność spowodować wzniesienie ciepłoty, natomiast spadek ciepłoty powstaje na tle niedoczynności nadnerczy i przysadki. Najważniejszym czynnikiem wzniesienia ciepłoty jest wzmożony rozkład białka, przy którym powstają produkty niecałkowitego rozkładu cząsteczki białkowej. Powyższe trujące produkty wywołują odruchowo odczyn ustroju w postaci wzmożonej przemiany materii, co w następstwie powoduje utlenienie, zmniejszenie oraz unieszkodliwienie tych produktów. Opisane procesy odbywają się w przebiegu spraw zapalnych, schorzeń zakaźnych i na tle zaburzeń układu roślinnego. Lecz nie wszystkie przewlekłe stany podgorączkowe mogą być w ten sposób wytłumaczone. Niekiedy, zwłaszcza u kobiet, spostrzega się stany podgorączkowe (37,5^0), które utrzymują się latami, nasilają się w okresie przedmiesiączkowym i ulegają złagodzeniu wraz z ustąpieniem okresu miesiączkowania. Wzniesieniu ciepłoty towarzyszą skargi na szybkie męczenie się przy pracy, nadto występują dolegliwości żołądkowe, duszność, kołatanie serca i t. d. Mimo tych dolegliwości chorzy nie tracą zdolności do pracy. Na ogół w tych przypadkach chodzi o zaburzenia układu roślinno-dokrewnego. Badanie przedmiotowe w powyższych przypadkach wykazuje bardzo nieznaczne zmiany. Stwierdza się jedynie potliwość, czerwony dermografizm i pobudliwość układu krążenia. Niekiedy występują zaburzenia miesiączkowe jako wyraz nieprawidłowych czynności dokrewnych. Należy podkreślić, iż omawiane stany podgorączkowe są bardzo oporne na leczenie. Już oddawna lekarze usiłowali uza-

PREPARAT KRAJOWY



Uwaga! Ceny na wszystkie preparaty firmy Robin **znacznie obniżone!**

BISMUTHOIDOL Robin

Roztwór wodny bizmutu koloidalnego specjalnie przyrządzony w laboratorjach M-ce Robin w Paryżu

STOSOWANY WE WSZYSTKICH OKRESACH PRZYMIOTU

Zastrzyki podskórne, do mięśni lub dożylne.

Wchłania się niezwłocznie.

Łatwy do wstrzykiwania i zupełnie bezbolesny.

1 amp. 2 ccm co 2 lub 3 dni.

Przedstawicielstwo na Polskę: **ST. SYNORADZKI, Warszawa, Orla 11.**

leżnić przewlekłe stany podgorączkowe od różnych chorób zakaźnych i ognisk zapalnych w ustroju. Najczęściej w tych przypadkach rozpoznaje się gruźlicę. Z autorów rosyjskich *Worobiow* podkreśla, iż w bardzo licznych przypadkach stanów podgorączkowych badania kliniczne i pracowniane nie ujawniają żadnego procesu zakaźnego lub zapalnego w ustroju. W tym wypadku przewlekły stan podgorączkowy mógł być jedynie zapoczątkowany przez proces zakaźny, lecz później ów początkowy proces zakaźny już nie stanowi przyczyny i podłoża przewlekłej choroby. Przy tym jest rzeczą godną uwagi, iż ciepłota w prostnicy w tych przypadkach utrzymuje się niżej niż w dołku pachowym. Jeśli chodzi o nazwę omawianego cierpienia, to istnieje pod tym względem duża rozbieżność zdań. Jedni są zwolennikami nazwy „subfebrillitis“, inni oznaczają ten stan mianem „thermoneurosis“, wreszcie niektórzy autorzy wprowadzają pojęcie „hipertermii“ dokrewnej. Poza wyszczególnionymi czynnikami patogenetycznymi przewlekłych stanów podgorączkowych, należy podać jeszcze alergię jako tło rzeczonego cierpienia. Przy tym na szczególną uwagę zasługuje udział układu roślinnego w zjawiskach alergii, o czym świadczą następujące oznaki: 1) skurcze mięśniówki gładkiej naczyń, oskrzeli, ścianek przewodu pokarmowego, 2) chwiejność włośniczek, wzmożona ich przepuszczalność i stąd rumień, pokrzywka i obrzęki miejscowe. Wobec tego, że zjawiska alergiczne często występują na tle gruźlicy, zasługują one na szczególną uwagę przy badaniu przewlekłych stanów podgorączkowych. Autorzy rosyjscy podkreślają, iż leczenie sanatoryjne tych chorych jest bezskuteczne. W każdym razie zależność przewlekłych stanów podgorączkowych od gruźlicy wymaga rozległych badań. Dawniej łączono te stany z powiększeniem gruczołów okołoskrzelowych (bronchoadenitis).

Jednak badania rentgenowskie często nie potwierdzają tego poglądu. Jedynie istnieje możliwość pewnej zależności omawianego cierpienia od postaci limfo-hematologicznych gruźlicy płuc.

Rozpoznanie różnicowe w tym wypadku winno opierać się na następujących rozważaniach: 1) czy przewlekły stan podgorączkowy zależy od ogólnego zakażenia lub od procesów zakaźno-zapalnych w różnych narządach, przy czym sprawy gruźlicze stanowią odrębną podgrupę, w której naczelne miejsce zajmują płucne sprawy gruźlicze. Cała ta grupa jest bardzo liczna i wyróżnia się szczególną skłonnością do chorób zakaźnych. Do grupy tej należą liczni chorzy. 2) Zaburzenia dokrewne uwarunkowane głównie przez nieprawidłową czynność gruczołu tarczowego, gruczołów płciowych i nadnerczy. 3) Zaburzenia psycho-neuropochodne. W każdym przypadku podejrzanym w kierunku gruźlicy, konieczne są staranne badania rentgenowskie i pracowniane. Bardzo użyteczna dla rozpoznania różnicowego jest próba piramidonowa (0,1 co godzina w ciągu 10 — 12 godzin). Obniżenie ciepłoty po podaniu piramido-

nu świadczy o naturze zakaźnej stanów podgorączkowych, natomiast bezskuteczność piramidonu przemawia przeciwko zakaźnemu ich pochodzeniu. Jednak próba piramidonowa wymaga dużego krytycyzmu, gdyż może doprowadzić do błędnych wniosków. Leczenie przewlekłych stanów podgorączkowych winno równocześnie kroczyć w dwuch kierunkach: 1) winno być patogenetyczne t. j. skierowane ku usunięciu zaburzeń układu roślinnego, dokrewnego, nadto wskazane jest ogólne wzmocnienie ustroju, 2) leczenie musi być etiologiczne. Leczenie ma za zadanie usunięcie tych czynników, które pierwotnie wywołały zaburzenia równowagi cieplnej (zakażenie, wpływy urazowe na psychikę), nadto konieczne jest usunięcie czynników wtórnych, uspasabiających do dalszego trwania ogólnych zaburzeń. Leczenie przetworami hormonalnymi może wywierać działanie objawowe, nadto osiągamy w ten sposób cele leczenia patogenetycznego, gdyż przetwory hormonalne posiadają skuteczny wpływ na układ roślinny współczulny i przywspółczulny. Stosując leczenie hormonalne, należy uwzględnić odnośne dane kliniczne. Śród przetworów hormonalnych często wskazane są adrenalina i wyciągi innych gruczołów dokrewnych Co do leczenia farmakologicznego wchodzą w rachubę leki pobudzające układ współczulny jak strychnina i adonis vernalis, zaś dla złagodzenia pobudliwości układu przywspółczulnego podajemy pochodne belladonny.

Przy stanie pobudzenia różnych odcinków układu roślinnego nie jest wskazane całkowite zahamowanie tego układu, lecz jedynie złagodzenie nadmiernego pobudzenia tegoż.

Pomyślne wyniki w sensie uregulowania czynności układu roślinnego wykazują małe dawki przetworów wapniowych, fityna i przetwory glicerofosforowe. Szczególnie wskazane są podskórne i domięśniowe wstrzykiwania chlorku wapnia, ale oczywiście w słabym stężeniu 0,25% w rozczynie fizjologicznym. Takie same pomyślne działanie wykazują 0,25% rozczyny chlorku magnezu w 1 — 7 cm^3 rozczynu fizjologiąznego. Również można stosować małe dawki piramidonu i fenacetyny nie tyle w celu obniżenia ciepłoty, lecz aby usunąć różne dolegliwości bólowe i zaburzenia ogólnego samopoczucia. Po ustaleniu typu i wahań ciepłoty najlepiej przerwać dalsze mierzenia ciepłoty jako bezużyteczne dla lekarza i niepotrzebne dla chorego. Poza tym wskazane jest ogólne leczenie wzmacniające. Praktyka wykazuje, że dawny szablonowy tryb życia w sanatoriach, jak całkowity spokój fizyczny i psychiczny oraz obfite odżywianie i długotrwałe leżenie na świeżym powietrzu (werandowanie), są bezużyteczne.

Powyższe postępowanie jedynie sprawia, że chory zbyt wiele zastanawia się nad swoim stanem, zaś bezskuteczność takiego leczenia w sensie obniżenia ciepłoty, ciągły pobyt śród bardziej poważnych chorych jedynie przyczyniają się do utrwalenia w chorym przekonania, że choroba

jest rzekomo ciężka. Odwrotnie, bardziej czynny tryb życia, spacery, umiarkowane uprawianie sportu, odpowiednie rozrywki nie tylko nie wzmagają ciepłoty, lecz raczej ją obniżają i poprawiają samopoczucie chorych. Bardzo korzystne są systematyczne ćwiczenia przyspasabiające do lepszego znoszenia uczucia zmęczenia. Oczywiście w tej dziedzinie należy przestrzegać starannej indywidualizacji stosownie do wytrzymałości poszczególnych chorych. Pod tym względem bardzo właściwe są odpowiednie prace zorganizowane w ramach życia sanatoryjnego. Takie postępowanie wybitnie dodatnio wpływa na psychikę chorych, pobudza ich energię, stwarza świadomość siły i zdolności do pracy, odwraca uwagę od różnych dolegliwości i poprawia samopoczucie. Stan psychiczny chorych posiada ogromne znaczenie dla czynności układu roślinnego, a tym samym dla ogólnych czynności życiowych. Pomyślnie działa na stan cielesny chorych już sama świadomość, że nie są oni dotknięci poważną chorobą, jak postępująca gruźlica, zapalenie wsierdzia i t. d. Bardzo korzystnie działa również leczenie fizykalne: zabiegi wodolecznicze, elektroterapia, kąpiele powietrzne. Często osiągamy pomyślne wyniki leczeniem klimatycznym. Najlepiej działa klimat środkowo-górski, który wywiera wpływ w sensie pewnego treningu. Leczenie etiologiczne winno być uzgodnione z powyżej opisanymi metodami, nadto muszą w tym wypadku uwzględnione czynniki etiologiczne, które wywołały występowanie omawianego zespołu objawów. Jeżeli wchodzi w rachubę zależność od schorzeń zakaźnych lub zapalnych, wówczas należy uwzględnić możliwość stanu alergicznego, o czym była mowa powyżej. Dlatego też wskazane jest w tym wypadku leczenie odczulające w postaci wstrzykiwań 1% rozczynu peptonu, poczynając od 0,1 cm^3, poza tym można podawać urotropinę, zaś w schorzeniach na tle gruźliczym można podjąć ostrożne leczenie tuberkuliną. Schorzenia psychopochodne i neuropochodne wymagają szczególnego leczenia, a zwłaszcza osobliwej profilaktyki. Na ogół należy podkreślić, że nie można spodziewać się trwałego wyniku leczenia po stosowaniu jednego jakiegoś sposobu lub leku: chorzy przyzwyczajają się i przestają reagować. Leczenie winno być złożone, kombinowane i długotrwałe, ponieważ w tym wypadku ulegają zaburzeniom różne dziedziny życia roślinnego. W każdym przypadku należy określić podstawowe czynniki patogenetyczne, które powodują różne zaburzenia. Musi być uwzględniony całokształt zaburzeń oraz ich wzajemne ustosunkowanie się w chorym ustroju jako całości, która przebywa w określonych warunkach środowiska zewnętrznego — fizycznego, psychicznego i społecznego.

Rokowanie omawianych chorób i zagadnienie zdolności do pracy nie mogą być rozstrzygnięte ogólnikowo, tak samo powyższe sprawy nie mogą opierać się na jednym objawie na przykład na ciepłocie. Konieczne jest zbadanie stanu czynnościowego całego ustroju w związku z warun-

kami zawodowymi i społecznymi, poza tym należy wyjaśnić rolę szkodliwych dla danego osobnika czynników, które podtrzymują te lub inne schorzenia. Po obserwacji szpitalnej lub po leczeniu w przychodni konieczna jest dalsza obserwacja chorego w zwykłych warunkach pracy codziennej. Liczne spostrzeżenia wykazują, iż większość tych chorych zachowuje zdolność do pracy, przy czym wydajność pracy nie ulega zmniejszeniu. Doświadczenie poucza, że samo przerwanie pracy bez innych zarządzeń zapobiegawczych nie wywołuje poprawy samopoczucia i nie obniża ciepłoty. Niekiedy zachodzi potrzeba zastosowania pewnych zarządzeń ochronnych w pracy, jak na przykład zakaz pracy nocnej, usunięcie szkodliwych zapachów i hałasów, większy spokój w pracy i t. d. Czasami chorzy muszą zmienić rodzaj pracy. Bardzo rzadko wchodzi w rachubę zupełna niezdolność do pracy wskutek zaburzeń roślinno-dokrewnych. Oczywiście, w razie stwierdzenia czynnych spraw zapalnych lub zakaźnych konieczne jest odpowiednie leczenie.

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

ERICK BUMM. *O symptomatologii i leczeniu allergoz.* (Medizinische Klinik Nr. 6, 1939).

Według autora mechanizmy anafilaktyczno-allergiczne odgrywają rolę w całym szeregu stanów chorobowych poza klasycznymi chorobami allergicznymi. Z cyklem menstruacyjnym związane bywają np. zjawiska natury bezsprzecznie allergicznej jak pokrzywka, migrena i t. d. Autor cytuje przypadek 23-letniej kobiety, u której tylko podczas menses występowały wrzody pochodzenia żylakowatego, i drugi, kobiety 32-letniej, cierpiącej na neuralgię nerwu trójdzielnego ściśle związaną z cyklem miesiączkowym.

Według Singera podczas mensis zwiększona ilość cholesteryny i histaminy we krwi działa jako antygen, zaatakowana bywa przy tym przede wszystkim wątroba. Również Kämmerer uważa leczenie wątroby za najważniejsze w zwalczaniu stanów allergicznych. A więc specjalna dieta oszczędzająca wątrobę i zwiększenie glykogenu w komórkach wątroby przez podawanie dużej ilości cukru gronowego ew. z małymi dawkami insuliny. Autor uważa podawanie preparatów wątroby doustnie za bardzo skuteczne, należy stosować duże dawki (Hepatrat liq. 3 × dziennie po 2 łyżki) i kombinować je z większymi dawkami Calcipot C. W przypadkach zależnych od cyklu miesiączkowego, jak wyżej opisane, należy stosować leczenie zapobiegawczo 4 dni przed menses.

Autor cytuje również przypadek kobiety 35-letniej, u której co 14 dni zjawiał się przemijający szybko hydrops prawego stawu kolanowego,

objaw ten ustąpił na stałe dopiero po zastosowaniu leczenia antiallergicznego, a więc diety oszczędzającej wątrobę, hepatratu i calcipotu C.

Każdy proces septyczny chroniczny działa uczulająco (allergizująco), należałoby więc według autora z tego punktu widzenia rozpatrzyć sprawę powstawania zakrzepów, zjawiających się często w przebiegu procesów septycznych chronicznych i w których leczenie wapniem daje dobre rezultaty. Istnieje również możliwość związku między stanami szoku pooperacyjnego i allergią.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

L. v. BOGAERT i A. FROELICH. *Przypadek choroby Gauchera u dorosłego mężczyzny z zespołem Raynauda, zmianami barwikowymi i sztywnością pozapiramidową kończyn dolnych.* (Ann. de Med. 45, r. 1939).

Przypadek 42-letniego izraelity, który oddawna miał powiększoną śledzionę i plamy barwikowe na odsłoniętych częściach ciała. Chory zgłosił się do lekarza z objawami zamierania palców, którym towarzyszyło wybitne zblednięcie odcinków odsiebnych kończyn. Bóle ustępowały pod wpływem gorąca. Wkrótce dołączyły się bóle o charakterze palenia, które łagodziły jedynie zimne okłady. Choremu usunięto śledzionę. Badanie anatomiczne wykazało gniazda dużych komórek o jednolitej protoplazmie; między tymi komórkami znajdowały się resztki właściwego utkania śledzony. W jednym miejscu znaleziono typowy gruzełek. Pod wpływem leczenia preparatami wątroby i kortyną, stan chorego uległ znacznej poprawie, jednak wkrótce wystąpiło ponowne obostrzenie, któremu towarzyszyła utrata wagi, nasilenie pigmentacji, zesztywnienie kończyn dolnych z bolesnymi kurczami łydek. Odruchy ścięgniste i okostnowe wygórowane stopotrząs, wzmożenie napięcia o typie pozapiramidowym. Bole w kończynach pojawiły się ponownie. Klinicznie chory przedstawiał typowy obraz choroby Gauchera, obok której współistniał zespół Raynauda i zespół barwikowy typu adisonowskiego. Autorzy przypuszczają w swoim przypadku istnienie niedomogi istoty korowej nadnercza z nadczynnością istoty rdzennej Być może, że zespół barwikowy jest następstwem

zaburzeń w przemianie kwasu askorbinowego. Zmiany neurologiczne w postaci sztywności pozapiramidowej znane są i opisywane w chorobie Adisona. Chorobie Gauchera towarzyszą zmiany w przemianie ciał lipoidowych, które u chorego wyrażały się zwiększeniem całkowitej ilości lipoidów we krwi głównie wskutek zwiększenia ilości kwasów tłuszczowych. Natomiast ilość fosforydów i cholesterolu nie ulegała większym wahaniom.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

KAROL BOHUSS. *Wyniki leczenia przeciwkiłowego Medobisem.* Z Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych Królewskiego Węgierskiego Uniwersytetu Stefana Tiszy w Debreczynie. (Dyrektor: prof. dr. E. Neuber). (Nowiny Lekarskie, Poznań, Nr. 2, 1938).

W roku 1935 ukazał się na rynku farmaceutycznym nowy preparat o wysokiej zawartości bizmutu w małej objętości roztworu pod nazwą „Medobis“ (Chinoin). Dawką pojedyńczą dla dorosłych jest 0,5 cm^3. Według wyjaśnień firmy, wynosi zawartość 0,045 g metalicznego bizmutu w 0,5 cm^3.

Ogółem leczyliśmy „Medobisem“ 198 chorych. 96 leczono wyłącznie „Medobisem“, co pozwalało nam z pewnością stwierdzić działanie tego preparatu. 102 chorych poddano leczeniu kombinowanemu medobisowo-arsenobenzolowemu.

W przypadkach leczenia wyłącznie „Medobisem“ podawano w jednej kuracji 20 $\times$ 0,5 cm^3 2 $\times$ tygodniowo. W leczeniu kombinowanym podawano co 5-tego dnia arsenobenzol, a każdorazowo w międzyczasie 1 zastrzyk ‚Medobisu“, w sumie 12 razy po 0,5 cm^3 na kurację. Zastrzyki wykonywano zwykłą techniką, wbijając igłę głęboko w mięśnie pośladkowe. W czasie zastrzyku chorzy narzekali bardzo rzadko na bóle.

Wyniki naszych badań przedstawiają się następująco:

U chorych, którzy leczeni byli wyłącznie „Medobisem“, znikały krętki z wrzodu pierwotnego przeważnie już po 2 — 3-im zastrzyku, naciek cofał się po 3 — 4-tym zastrzyku i z tą chwilą rozpoczynała się epitelizacja na brzegu ubytków. Po 6 — 8 zastrzykach w każdym przypadku epitelizacja była na ukończeniu, a naciek cofał się.

Z grudek pokrywających powierzchnię ciała ginęły krętki już po 2 lub 3-cim zastrzyku. Po 3 — 4 zastrzyku zanikały grudki do poziomu skóry, a po 8 — 9 zastrzykach ginęły one zupełnie.

Również u chorych z okresu kilakowego następowała szybka poprawa przy tym sposobie leczenia.

Spośród 21 przypadków, leczonych wyłącznie „Medobisem“ w okresie wtórnych zmian kiłowych, odczyny surowicze w 9 przypadkach stały

się ujemnie pod koniec kuracji, a u 3 pacjentów utrzymywał się odczyn dodatni lub częściowo dodatni.

Skuteczność kuracji „Medobisem“ w zakresie odczynów surowicy 9 przypadków z dodatnim odczynem i kilakami na początku kuracji przedstawia się następująco:

3 przypadki wykazały odczyn ujemny, w 3 przypadkach zmienił się odczyn częściowo w kierunku ujemnego, a w 2 przypadkach nie uległ zmianie.

Odczyny surowicy 43 przypadków bezobjawowych, leczonych wyłącznie „Medobisem“, stały się ujemne w 16 przypadkach, w 9 przypadkach pozostały częściowo, a w 18 przypadkach zupełnie dodatnie.

W przypadkach, w których leczenie było połączone medobisowo-arsenobenzolowe, zginęły krętki blade z wrzodu pierwotnego już po 1-szym, a z grudek i szyszkowin po 2-gim zastrzyku.

W przebiegu leczenia wytwarzał się w 8% przypadków wąski rąbek bizmutowy na zębach, rąbek ten jednak w żadnym przypadku nie był szkodliwy. Zwracaliśmy szczególną uwagę na ścisłą higienę jamy ustnej. Na oddziale naszym zdarzyły się 3 przypadki zapalenia dziąseł pochodzenia bizmutowego.

W 3 przypadkach ślad białka w moczu znikł samoistnie po opuszczeniu następnego zastrzyku.

W szeregu przypadków stwierdziliśmy lekkie biegunki, które jednak nie spowodowały przerwania kuracji.

W żadnym przypadku nie zauważyliśmy uszkodzenia wątroby, żółtaczki, zapalenia skóry lub objawów żołądkowo-jelitowych.

Chorzy nasi znosili zastrzyki dobrze; jeśli się niekiedy pojawiły po zastrzyku nieznaczne bóle, to były one bardzo krótkotrwałe. Ropień nie powstał w żadnym przypadku.

Na mocy osiągniętych wyników można stwierdzić, że „Medobis“ jest również cennym środkiem przeciwkiłowym w wyłącznym zastosowaniu, bez pomocy innych środków. W praktyce stosuje się go rzadko jako samodzielny środek, a częściej łączy się go z preparatami arsenobenzolowymi. Skuteczność „Medobisu“ jest, zdaniem naszym, równą innym

znanym nam preparatom bizmutowym. Niewątpliwą zaletą „Medobisu" jest mała jego dawka, bezbolesność przy zastrzykiwaniu oraz bezbarwność, a dalej, że znajduje się w handlu w postaci roztworu, a nie zawiesiny.

———:o:———

E. SALITÓWNA, st. asyst. Kliniki. *Stosowanie Alucolu w leczeniu chorób żołądka z normalną i zwiększoną kwasotą.* (Z Kliniki Chorób Wewnętrz. U. S. B. w Wilnie. Dyrektor: Prof. Dr. A. Januszkiewicz).

Alucol jest wodorotlenkiem glinu ($Al/OH/_3$) w stanie rozproszonym, umożliwiającym łatwe przechodzenie w stan koloidalny i żelatynizację. Alucol odznacza się nadto własnością silnego absorbowania elektrolitów, a zwłaszcza kwasu solnego oraz bakterii. Ilość zaadsorbowanego kwasu solnego, zależna jest od jego koncentracji, stąd też przy wyższej kwasocie treści żołądkowej Alucol adsorbuje więcej kwasu solnego, niż przy niższej. Przy normalnej kwasocie peptyzacja i adsorbcja jest tak powolna i znikoma, że tylko minimalna część kwasu solnego zostaje związana i Ph treści żołądkowej wystarcza do trawienia.

Autorka postanowiła — przy pomocy zwykle używanych metod laboratoryjnych oraz prób klinicznych — wykazać wpływ Alucolu na kwasotę treści żołądkowej oraz na trawienie. Równocześnie przeprowadzono doświadczenia kontrolne z dwuwęglanem sodu.

Obserwacje kliniczne przeprowadzono na 25-ciu chorych (ulcus ventriculi et duodeni, gastritis acida et hyperacida, duodenitis, etc.).

Wyniki prób laboratoryjnych i obserwacji klinicznych — autorka reasumuje w następujących punktach:

1. Alucol obniża kwasotę treści żołądkowej, zwykle jednak to obniżenie nie sięga poniżej wartości prawidłowych. W niektórych przypadkach obniżenie kwasoty jest nieznaczne, ale mimo to następuje poprawa przedmiotowa i podmiotowa.
2. Obniżenie kwasoty nie upośledza jednak zupełnie lub prawie zupełnie trawienia żołądkowego, co występuje przy użyciu alkaliów, podanych w jakiś czas po posiłku.
3. Zarówno obniżenie kwasoty, jak i zmiany zdolności trawienia są osobniczo zmienne, zarówno in vitro jak i in vivo.
4. Alucol dodany in vitro do kwasu solnego wytwarza tym prędzej galaretę, im wyższe jest stężenie kwasu. Przy niskich wartościach kwasoty, galareta nie powstaje, a wytwarza się rozczyn koloidalny.
5. Ponieważ Alucol nie działa jako zasada, może być użyty wszędzie tam, gdzie przeciwwskazane jest alkalizowanie ustroju, a są objawy nadkwasoty żołądkowej. Wskazany jest również specjalnie przy nieżycie żołądka, nie obniża bowiem tak gwałtownie kwasoty, jak alkalia.

6. Alucol można łączyć z rzewieniem, belladonną, atropiną, i t. p., a nie należy łączyć z alkaliami, gdyż te przeszkadzają działaniu Alucolu.
7. Stosując leczenie Alucolem na przemian z leczeniem alkaliami, można nieraz w szczególnie ciężkich przypadkach osiągnąć dobre wyniki.

———:o:———

J. GAUTIER. *Leczenie oparzeń promieniami podczerwonymi.* (La Presse Médicale, Nr. 8, 1939 r.).

Jakkolwiek w ciągu ostatnich lat poczyniono duże postępy w leczeniu oparzeń (tanina), sprawa ta jest wciąż aktualna.

Zespół objawów występujących po rozległych lub głębokich oparzeniach jest analogiczny do objawów spostrzeganych po większych zabiegach chirurgicznych i które Leriche określa nazwą choroby pooperacyjnej. To podobieństwo objawów skłoniło autora do zastosowania promieni podczerwonych w leczeniu oparzeń.

Od szeregu lat, autor, naśladując technikę Paschouda, stosuje naświetlanie promieniami podczerwonymi i pozafiołkowymi podczas operacji. Metoda daje znacznie lepszy przebieg pooperacyjny i zmniejsza bóle.

W przypadkach oparzeń, metoda ta pozwala na wyleczenie chorych bez jakichkolwiek innych miejscowych środków terapeutycznych, przyczym naświetlanie samymi promieniami podczerwonymi daje lepsze wyniki niż naświetlanie kombinowane. Na ogół uzyskuje się wyleczenie w ciągu 6-ciu do 8-iu dni.

Autor przytacza 4 bardzo pouczające obserwacje własne.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

E. GUIBAL. *Leczenie dychawicy oskrzelowej wstrzykiwaniami podskórnymi terpentyny w rozczynie soli fizjologicznej.* (Monde Médical 15.II.1939 r.).

Autor donosi o dobrych wynikach leczenia tą metodą. 50-ciu pacjentów, dotkniętych dychawicą oskrzelową, u których odsetek wyleczeń

wynosił 80%. Wynik ten jest tym bardziej godny uwagi, że ci pacjenci zwracali się do autora już po wyczerpaniu wszelkich sposobów leczenia. Każdy chory jest szczegółowo najpierw przebadany, w celu ustalenia dokładnej przyczyny dychawicy ogólnej, miejscowej i konstytucjonalnej. W ten sposób każda z postaci jest odpowiednio leczona. Gdy przyczyny schorzenia nie można ustalić, autor stosuje szczepionki lub autoszczepionki wraz ze środkami regulującymi napięcie układu roślinnego i niedomogę wątroby. Przeciwwskazaniami do stosowania szczepłonek są: choroby nerek, białkomocz, mocznica, nadciśnienie, gruźlica.

Dopiero wtedy, gdy wszystkie inne sposoby leczenia nie odnoszą skutku, autor rozpoczyna leczenie stanu uczulenia rozczynem terpentyny.

Metoda autora jest oparta na dawno już stosowanym ropniu fiksacyjnym, który jednak jest metodą zbyt brutalną, bardzo bolesną, dającą duże ropnie oraz czasami rozległe odklejanie się tkanek. Ropień fiksacyjny według Pic'a powinien być stosowany w przypadkach specjalnie ciężkich. Metoda autora tym się różni od dawnego ropnia fiksacyjnego, że jest łagodna i pozwala na kilkakrotne wstrzykiwania w dawkach wzrastających, dając wyniki trwałe w dychawicy przewlekłej.

Po wielokrotnych próbach doszedł on do następującego optymalnego składu swojego roztworu: Ol. Terebinth., Alcoholi 90% aa 2,5, to się wlewa do 100 cm^3 rozczynu soli fizjologicznej, miesza się i dzieli się po 10 cm^3 w 10-ciu ampułkach. Wstrzykuje się przez 6 dni na zewnętrznej stronie uda. Rozpoczyna się od 1 do 3 cm^3, za każdym razem podwyższa dawkę o 1 cm^3 aż do 10 cm^3. Przed każdym użyciem należy dobrze wstrząsnąć ampułkę.

Po 7-ym lub 8-ym wstrzyknięciu (po poprzednich nie było żadnego odczynu miejscowego), występuje miejscowo duży obrzęk czerwono-fioletowy, bolesny na dotyk, nie wywołujący wzniesienia się temperatury, robiący wrażenie flegmony, ale który nie ropieje nigdy i znika po 10 — 15 dniach bez śladu pod wpływem gorących kompresów. Ten objaw jest właśnie zjawiskiem wstrząsowym, oczekiwanym przez nas i który występuje w chwili ustąpienia napadów duszności. W przypadkach, gdzie takiego odczynu nie ma, leczenie nie pomaga. Jednak w wypadkach, gdzie występuje bardzo silna reakcja miejscowa, wstrzykiwania należy przerwać.

Dr. P. Heryng.

———:o:———

T. HASHIMOTO. *Wpływ hormonu płciowego na cukrzycowo chorych.* (Nippon Naibumpi Gakki Zasshi, Tom 14, Nr. 1, str. 76 — 78, 20 kwietnia 1938 r.).

Autor badał wpływ hormonu płciowego na średnicę czerwonych krwinek. Uprzednio stwierdził, że cukrzyca stoi w ścisłym związku z czynnościami płciowymi oraz, że w schorzeniu tym średnica czerwonych krwi-

nek jest zwiększona. Po podaniu hormonów płciowych poziom cukru we krwi obniża się, a jednocześnie zmniejsza się średnica krwinek. Doświadczenia na myszach wykazały, że po wytrzebieniu średnica krwinek znacznie się powiększa. Stosowaniem Androstiny udawało się zjawisko to usunąć i przywrócić normalne warunki.

Dr. Med. Wł. Kurowski.

———:o:———

H. SPROCKHOFF i I. ANSORGE. *W sprawie powikłań neurologicznych w następstwie stosowania surowicy przeciwtężcowej.* (Dtsch. Zeitschrift f. Nervhkunde, 147, r. 1938).

Autorzy opisują 5 przypadków, gdzie w następstwie stosowania surowicy przeciwtężcowej rozwinęły się objawy ze strony układu nerwowego w postaci zajęcia górnego splotu barkowego. W jednym z przypadków wystąpiły objawy rdzeniowe w postaci paraparezy spastycznej kończyn dolnych. Objawy chorobowe przedstawiają typowy obraz korzonkowego zapalenia nerwów, z bólami, niedowładem mięśni, bez wyraźniejszych zaburzeń czucia. Objawy neurytu rozwijają się w przebiegu choroby surowiczej bądź też wkrótce potem. W przypadkach, gdzie powikłania nerwowe były bardzo ciężkie, nie zawsze nasilenie choroby surowiczej było duże. Przyczyną objawów polyneurytycznych są prawdopodobnie te same zjawiska, które powodują chorobę surowiczą. W 2 przypadkach autorzy stwierdzili dodatni odczyn citocholowy i kłaczkujący i uważają te objawy za niespecyficzne.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

GELSDORF. *Farmakologiczne leczenie dychawicy oskrzelowej* (Medizinische Klinik Nr. 9, r. 1939).

Autor cytuje najróżniejsze środki, używane w leczeniu dychawicy oskrzelowej. Po skrupulatnym ustaleniu właściwego rozpoznania, leczenie musi iść w trzech kierunkach: 1° przerwanie ataku, 2° zmniejszenie ilości ataków i 3° uodpornienie organizmu w okresach spokojnych. Przerwanie ataku uzyskać można albo przez ogólne znarkotyzowanie centralnego układu nerwowego np. morfiną, lub też przez zadziałanie na mięśnie oskrzelików podlegające, jak wiadomo, skurczom w ataku astmy. Na skurcze oskrzelików działamy albo środkami porażającymi nerw błędny, a więc atropiną i hyoscyaminą, lub, lepiej, środkami pobudzającymi nerw sympatyczny, jak suprareniną, efedryną, sympatolem i t.p. Papaweryna (dożylnie) działa wprost na mięśnie.

Preparatów z grupy opiumowej należy unikać ze względu na obawę przyzwyczajenia się. W wypadkach hypertensji nie należy podawać zwiększających ciśnienie suprareniny, efedryny i t.d., również nie sto-

sować ich przy cukrzycy. Adrenaliny nie dawać dożylnie, a tylko podskórnie w ilości 0,5 cm na dawkę.

Liczne są preparaty mieszane, np. astmolizyna. Autor miał dobre wyniki przy stosowaniu preparatu „Taumasthman". Do inhalacji należy unikać płynów zawierających kokainę, nie zawiera jej preparat „inspiroglicerynа". Dla zmniejszenia ilości napadów ważny jest psychiczny wpływ na pacjenta i spokojne warunki bytu. Autor poleca dożylne zastrzyki wapnia i różne metody nieswoistego leczenia bodźcowego (mleko, pyrifer i t. p.). Ważnym jest zwalczanie i zapobieganie skutkom dychawicy oskrzelowej, a więc rozedmie płuc, osłabieniu mięśnia sercowego.

W okresie wolnym od napadów, najważniejszą jest racjonalna gimnastyka oddechowa; podaje się poza tym jod i arszenik

Poza preparatem „Taumasthman", autor poleca „felson", zawierający m. innymi nieco digitalis i strofantyny. Wreszcie autor wymienia dawki arszeniku, atropiny i ipecacuany, stosowane przez homeopatów.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

Docent dr. JAN KNOBLOCH. Z I. Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Karola w Pradze (Przewodn.: prof. dr. Jirasek) i Oddziału Chirurgicznego I. Praskiej Kasy Chorych Pracowników Handlowych i Prywatnych. *O leczeniu zachowawczym zatoru płucnego.* (Rozhledy v chirurgii 1938, zeszyt 1 — 2).

Eupaverina Mercka okazała się dzięki zwalnianiu skurczu naczyń, najskuteczniejszym środkiem w leczeniu zatoru płucnego. Autor opisuje 4 przypadki, których obraz kliniczny przemawiał za istnieniem rozległego zatoru płucnego, i które skutecznie leczył Eupaveriną. Autor wstrzykiwał Eupaverinę natychmiast po wystąpieniu objawów zaczopowania i powtarzał wstrzykiwania co kilka godzin. W ciągu następnych dni stosowano nadal leczenie Eupaveriną (3 wstrzyknięcia dziennie).

Dr. Stanisław Domicz.

———:o:———

B. SERIA. *Nowe orientacje w leczeniu odoskrzelowego zapalenia płuc u niemowląt.* (Arch. d. Médec. d. Enfants Nr. 3, 1939 r.).

Leczenie odoskrzelowego zapalenia płuc u niemowląt pozostaje od dłuższego czasu niezmienione i dotychczas nie ma właściwie swoistego i skutecznego leczenia tego schorzenia .

Autor stosuje hypertoniczne roztwory cukru 15 — 30% we wszystkich postaciach odoskrzelowego zapalenia płuc u niemowląt z bardzo dobrymi wynikami. Autor podkreśla, iż nie należy się obawiać rozwolnień,

które mogą być spowodowane użyciem dużej ilości cukru. Roztwór cukru podawany razem z innymi pokarmami, które szybko przechodzą przez przewód pokarmowy pozwala na uniknięcie zbytniej fermentacji. Cukier przyczynia się do nawodnienia komórek przewodu pokarmowego, których czynność dzięki temu wraca do stanu prawidłowego. Poza tym roztwór cukru podnosi stan ogólny, co ma bardzo duże znaczenie w tych razach.

Najchętniej autor wprowadza roztwory cukru dootrzewnowo; stosował to leczenie w 150 przyp. przy czym nie zauważył żadnych objawów ubocznych w postaci zwiększenia ciśnienia wewnątrzotrzewnowego, zaburzeń krążenia i innych, na które inni autorzy zwracają uwagę.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

E. ATTALAH. *Leczenie krwotoków za pomocą wyciągu z krwi.* (La Pratique Médicale Nr. 4, 1938 r.).

Autor miał okazję do skutecznego stosowania Coagulenu w całym szeregu krwotoków różnego rodzaju. Podaje 5 przypadków, w których Coagulen stosowano dożylnie lub domięśniowo. Dotyczyły one krwotoku z jelit w przebiegu duru brzusznego, krwotoku z macicy u młodej kobiety, krwotoku płucnego u gruźlika i jeden przypadek krwi w nasieniu. Na zakończenie autor poleca Coagulen, jako środek nietoksyczny, niedrażniący i dobrze znoszony.

Dr. med. F. Mikulska.

———:o:———

L. HAGEMEYER i A. LANGELUEDDECKE. *W sprawie uderzenia wodnego.* (Ztschrft. f. die ges. Neur. 164, 1939 r.).

Autorzy przeprowadzili próbę wodną u 22 chorych: 10 padaczkowców, 7 schizofreników i 5 oligofreników. 3 dni przed próbą otrzymywali chorzy pokarm alkalizujący obfitujący w wodę, ponadto dodawano im 2 — 3 litrów płynu i 3 razy dziennie po 1 gr. sody. Sama próba przebiegała w następujący sposób: z początku chorego ważono i mierzono mu ciśnienie krwi. Następnie podawano 1 cm^3 tonefiny, a w ½ godziny po zastrzyku 3 — 5 litrów herbaty, które pacjent powinien był wypić w ciągu 30 minut. Po wypiciu pacjent otrzymywał znowu 1 cm^3 tonefiny. Co godzinę chorego ważono. O ile chory nie zatrzymywał dostatecznej ilości wody, podawano mu ponownie płyny i tonefinę. Po 2 — 3 zastrzykach występowało zupełne zatrzymanie diurezy. Mniej więcej w 5 — 10 minut po pierwszym zastrzyku tonefiny występowało zblednięcie skóry, ciśnienie krwi spadało o 10 — 30 mm Hg. Nierzadko zjawiały się wymioty. Po uderzeniu wodnym u wszystkich 10 padaczkowców obserwowano występowanie napadów, u żadnych innych chorych napady się nie zjawiały.

Pomimo tych wyników autorzy są zdania, że nie ma specyficznych środków, któreby wyzwalały napady tylko u padaczkowców. Uderzenie wodne pod wielu względami przewyższa próbę kardiazolową, pod niektórymi jednak względami jej ustępuje. Przy próbie kardiazolowej napad występuje w ciągu 1-ej minuty po zastrzyku, podczas gdy przy uderzeniu wodnym nigdy nie wiadomo kiedy napad wystąpi. Po zastrzyku kardiazolu mamy zwykle tylko jeden napad, po uderzeniu wodnym napadów jest kilka. Ponadto uderzenie wodne daje b. przykre sensacje podmiotowe. Dla rozstrzygnięcia czy mamy do czynienia z padaczką czy nie, większe znaczenie ma uderzenie wodne. O ile chodzi o zagadnienie czy padaczka jest objawową, czy samoistną, bardziej odpowiednia jest próba kardiazolowa.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

J. BOUEKAERT. *W sprawie regulacji krążenia krwi mózgu.* (Journ. Belge de Neur. et de Psych. Nr. 12, 1938 r.).

Powszechnie wiadomo, jakie znaczenie ma ukrwienie dla prawidłowej czynności każdego narządu, a w szczególności dla mózgu.

Zaburzenia w krążeniu mózgu można podzielić na dwie zasadnicze kategorie. 1. Zaburzenia, którym towarzyszy zmniejszony dopływ krwi, co prowadzi do zbędnego nagromadzenia dwutlenku węgla i kw. mlekowego. Mózg ma znacznie większe zapotrzebowanie na tlen, niż obwodowy układ nerwowy lub inne tkanki, poza tym niedokrwienie niektórych odcinków mózgu może się bardzo źle odbić na całym ustroju. 2. Zaburzenia, polegające na nadmiernym ukrwieniu mózgu, które w patologii mają znaczenie tylko wówczas, kiedy przekrwienie jest tak znaczne, że powoduje duże wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego, co prowadzi do silnych bólów, a w bardzo nasilonych przypadkach do pęknięcia drobnych tętniczek.

Sprawie regulacji krążenia mózgowego poświęcono bardzo dużo prac zarówno z dziedziny fizjologii jak i patologii. Czynniki działające na krążenie mózgowe można podzielić na środki działające pośrednio i bezpośrednio. Wśród czyników działających pośrednio na pierwszy plan wysuwa się wpływ na ogólne ciśnienie tętniczek. Na krążenie mózgowe ma wpływ nietylko ogólne napięcie naczynio-ruchowe, ale także zmiany w napięciu naczyniowym, określonych odcinków ciała. Poza tym w regulowaniu krążenia mózgowego bierze udział t. zw. krążenie zewnątrzczaszkowe (rozgałęzienia tęt. szyjnej zewnętrznej) i tarczyca. Wśród czynników pośrednio działających na krążenie mózgowe należy także wymienić tarczycę, która stanowi pewnego rodzaju zbiornik krwi. Pewne znaczenie ma także wysokość ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego.

Do czynników regulujących bezpośrednio krążenie mózgowe, zaliczyć należy przede wszystkim unerwienie naczynio-ruchowe naczyń móz-

gowych, które zdaniem autora niewątpliwie istnieje, jak to wynika z jego własnych doświadczeń na psach, ma ono jednak tylko miejscowe znaczenie.

Poza tym autor wylicza szereg środków chemicznych i farmakologicznych, wpływających na zwiększenie lub zmniejszenie dopływu krwi do mózgu.

Do środków zwężających naczynia mózgowe należą: adrenalina, wyciągi przysadki, chlorek baru i efedryna. Rozszerzają naczynia mózgowe: CO_2, cholina, papaweryna, kofeina, wodan chlorku, związki przeciwgorączkowe, barbiturowe i inne. Specjalne działanie ma ergotamina, która zwęża naczynia mózgu, a rozszerza naczynia oponowe i tym się tłumaczy wpływ ergotaminy na migrenę, która jest, zdaniem autora spowodowana rozszerzeniem naczyń oponowych.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

C. CARRIE. (Z Rentgenowskiego Zakładu Leczniczego Akademii Lekarskiej w Düsseldorfie. Dyrektor: prof. H. Th. Schreus). *Leczenie leukopenii wywołanej naświetlaniem promieniami Roentgena.* (Klinische Wochenschrift 1938, Nr. 5, str. 163).

Stwierdzono doświadczalnie, że można zapobiegać spadkowi leukocytów przez wstrzykiwania domięśniowe Cebionu przy rozpoczynaniu naświetlań Roentgenem. Cebion działa również w przypadkach istniejącej już leukopenii, wywołanej przez dłuższe naświetlanie. Wynika z tego, że Cebion jest odpowiednim środkiem zapobiegającym i leczniczym w leukopenii spowodowanej naświetlaniem promieniami Roentgena.

Dr. Stanisław Domicz.

———:o:———

M. HARTEMANN. *Krwotoki w pierwszej połowie ciąży.* (Journal des Praticiens, Grudzień 1938 r.).

Autor rozróżnia kilka typów krwotoków, które pozwalają na postawienie rozpoznania etiologicznego. Krwotoki wywołane zapaleniem śluzówki macicy mają charakter surowiczo-krwawy i nasilają się w okresach miesiączkowych. Krwotoki ciąży ektopicznej są słabe i nieregularne, występują po spóźnionej miesiączce i posiadają charakterystyczny czarnawy wygląd. Krwotoki w zaśniadzie groniastym występują naprzemian z upławami.

Rozpoznanie ustalamy wtedy, gdy stwierdza się w odchodach pojedyńcze gronka. Czasami rozpoznanie jest trudne, kiedy krwotoki występują w okresach miesiączki. Należy więc dokładnie zbadać chorą, ale nie zawsze postawimy odrazu rozpoznanie endometritis, graviditas extrauterina, abortus imminens lub wreszcie mola hydatidosa. Często musimy zro-

bić próbę biologiczną dla ustalenia ciąży. Leczenie powinno być przyczynowe, ale niestety częściej będzie objawowe; chora pozostanie w łóżku i będzie brała środki zwiększające krzepliwość krwi (wapń) oraz środki zmniejszające przekrwienie macicy (hamamelis, hydrastis, viburnum). W obecności skurczów należy dać morfinę. Chorym ze skłonnościami do krwotoków należy zabronić spacerów, jazdy i stosunków płciowych. Polecamy pozostawanie w łóżku aż do ukończenia ciąży.

Dr. P. Heryng.

———:o:———

E. FELDSZTEIN. *Leczenie ostrego zapalenia zatok czołowych.* (Concours Médical, Styczeń 1939).

Leczenie ostrego zapalenia zatok czołowych jest przede wszystkim zachowawcze. Choremu podaje się następujący przepis leczenia: 1) Chory pozostaje w ciepłym pokoju, nogi owinięte w koce. 2) Co godzinę wilgotny i gorący okład na okolicę bolesną. 3) Co 3 godziny rozpylanie donosowe z następującego leku. Rp. Extr. Hyoscyami 0.5, Adrenalini 1/1000, gtt. 30, Cocaini mur. 0.3, Aq. laurocerasi 5.0, Glycerini 10.0, Aq. destillat. 15.0. Jeżeli adrenalina jest źle znoszona to zastępujemy następującym przepisem. Rp. Stovaini 0.3, Chloretoni 0.3, Ephedrini 3% — 30.0. Autor woli jednak leki oleiste, jak: Rp. Cocaini bas. 0.2, Myrtholi 0.2, Eugenoli 0.1, Geranioli 0.1, Ephedrini in oleo 2% — 20.0. 4) Dziesięć minut po rozpylaniu robi się przez 15 minut inhalację z naparu ziół aromatycznych. Po inhalacji następuje rozpylanie donosowe. 5) W razie silnego bólu przepisać proszki uspokajające z pyramidonu, phenacetiny i aspiryny. Jeżeli bóle nie ustępują zapisuje się aconitinę. 6) W obecności ropnego wycieku pędzluje się śluzówkę nosa cocainą 1.0 — 10.0 z adrenaliną. Czasami trzeba wprowadzić tampony nasycone tymi płynami. W wypadku silniejszych bólów zalecamy diatermię lub kąpiele z promieni podczerwonych, których każdy seans trwa 20 — 30 minut. Przemywania zatoki powinny być zabronione. Zabieg chirurgiczny często wywołuje ropień oczodołów, zapalenie szpiku kostnego czaszki, ropnie wewnątrzmózgowe, posocznicę.

Czasami jednak autor robi następujące dwa zabiegi: 1) Przecięcie główki muszli średniej, które się wykonywuje około 10 dnia w razie niepowodzenia z leczeniem zachowawczym. 2) Jeżeli ropa ciągle uchodzi, nacina się części miękkie bez skrobania, nie bacząc na to, że połączenie nosowo-czołowe zostało przerwane. Zabieg chirurgiczny powinien być wykonany tylko w wypadkach przewlekłego ropienia. W razie stwierdzenia deformacji w szkielecie nosowym, należy poprawić chirurgicznie skrzywienie, ale tylko w okresie zimnym.

Dr. A. Postolski.

WAJL. *Zmiany serca na tle nadciśnienia.* (Kliniczeskaja Medicyna t. XVII, 1939 r.).

W przebiegu nadciśnienia pierwotnie występują (prawdopodobnie wskutek uszkodzenia aparatu roślinno-dokrewnego i osobliwości konstytucji), wzmożenie ciśnienia krwi i stany kurczowe naczyń, zaś dopiero później morfologiczne uszkodzenia naczyń i miąższu w szeregu narządów, przy czym w licznych przypadkach powyższym zjawiskom towarzyszą znaczne i różnorodne zmiany w zakresie serca. Uszkodzenia serca polegają na zmianach włókien mięsnych, tkanki śródmiąższowej i aparatu nerwowego. Jednocześnie należy uwzględnić również uszkodzenia zwojów nerwowych układu roślinnego, znajdujących się w związku z unerwieniem serca. Otłuszczenie włókien mięsnych jest względnie nieznaczne; natomiast o wiele łatwiej niż zwykle występuje ujawnienie się tłuszczu podczas badania histologicznego, jeżeli sztucznie zniweczyć połączenie między białkowo-lipoidowymi składnikami zespołów włókna mięsnego. Duże znaczenie posiadają ogniskowe zmiany rozpadowe poszczególnych grup włókien mięsnych (mikromyomalacja); powyższe zmiany mogą być mnogie i mogą umiejscowić się w tych odcinkach sierdzia, które są szczególnie odpowiedzialne pod względem czynnościowym. W rzadkich przypadkach spostrzega się również nieco większe ogniska rozpadu tkanki mięsnej, którym niekiedy towarzyszy odczyn leukocytarny. Uszkodzenia naczyń mogą ujawnić się przerostem ścianki mięśniowej, w której następowo tworzą się zmiany rozpadowe. Poza tym uszkodzenia naczyń znajdują swój wyraz w sklerozie, w niedużych zmianach szklistych oraz w zmianach o charakterze hiperergicznym, podobnych do uszkodzeń naczyń na tle „nephrosclerosis maligna". W tkance śródmiąższowej sierdzia spostrzega się nieduże nacieki z komórek limfoidnych oraz nieznaczne zmiany sklerotyczne (w tych przypadkach, gdy nadciśnienie nie ulega powikłaniu przez miażdżycę tętnic wieńcowych), ponadto zmiany o charakterze hiperergicznym, które ujawniają się martwicą włóknistą włókien klejodajnych z następowym rozwojem ziarniny, podlegającej zmianom bliznowatym. Zmiany aparatu nerwowego serca składają się zarówno z uszkodzeń komórek zwojowych, jak i włókien nerwowych. Śród zwojów układu nerwowego roślinnego największemu uszkodzeniu na tle nadciśnienia ulegają zwoje szyjne pogranicznego pnia nerwu współczulnego, a więc — gangl. nodosum n. vagi, piersiowe i krzyżowe zwoje współczulne i splot słoneczny. W niektórych przypadkach zmiany roślinnych zwojów nerwowych są bardzo znaczne i polegają na uszkodzeniu komórek zwojowych, włókien nerwowych i naczyń. Jeżeli powyższe uszkodzenia zwo-

jów nerwowego układu roślinnego już powstają, wówczas wywierają one wybitny wpływ na stan ciśnienia krwi i charakter czynności serca.

Dr. N. Szyk.

—:o:—

BERARD MARCEL. *Wyniki leczenia chirurgicznego w dławicy piersiowej.* (Lyon chirurgical 278, 1938).

Od chwili, kiedy Jonesco wykonał w r. 1917 poraz pierwszy sympatektomię szyjno-piersiową w dławicy piersiowej, zabieg ten został powtórzony wielokrotnie. W r. 1925 Fontaine w swojej tezie miał zebrane 100 przypadków o tej metodzie. Ale inne metody zostały następnie zalecone przez Whyte'a, Cutlera i Becka.

Obecnie najczęściej stosuje się wycięcie zwoju gwiaździstego Leriche'a i Fontaine'a, a uzyskane wyniki są na ogół dobre.

Wycięcie gruczołu tarczycowego daje według Parsons'a i Purks'a następujące wyniki: 55% — wyleczeń. 28% — wybitnej poprawy. 4% — lekkiej poprawy — 13% — niepowodzeń.

Szczepienia naczyniowe mięśnia sercowego były stosowane przez Beck'a. Ten zabieg ma na celu otrzymanie readaptacji czynnościowej serca.

W konkluzji autor zaleca tylko stellektomię Leriche'a i Fontaine'a.

Dr. A. Boczko.

pod redakcją d-ra M. Landesmana, st. asyst. U. J. P.

LUDWIK HEILMAYER. *Żółtaczka hemolityczna konstytucjonalna i nabyta.* (Med. Klin. Nr. 7, 1939).

50 lat mniej więcej mija od czasu, jak zaczęto wyodrębniać żółtaczkę hemolityczną, jako samodzielną jednostkę chorobową. Murchison i Wilson podają pierwszy opis kliniczny. Minkowski stwarza ścisłe pojęcie choroby o podłożu konstytucjonalnym. Chauffard w r. 1907 odkrywa zmniejszoną oporność krwinek, występującą jako kardynalna cecha tej choroby. Ostatnio Widal i jego uczniowie podkreślają istnienie form nabytych. Mimo ścisłe określenie pojęcia tego schorzenia, zostaje ono często niewłaściwie rozpoznawane, sprowadzając niepowetowaną szkodę. Należy bowiem mieć w pamięci doskonałe wyniki lecznicze, uzyskane przez operacyjne usunięcie śledziony. Przechodząc do objawów klinicznych, uderzającą cechą w tej chorobie (od której wzięła nazwę) jest żółtaczka, która jednak różni się wybitnie od żółtaczek pochodzenia wątrobowego. Właściwie ma się do czynienia przez cały czas trwania choroby ze stanem podżółtaczkowym, o ile naturalnie nie wystąpią powikłania wątrobowe.

Niekiedy tylko zwiększenie bilirubiny we krwi wskazuje na istnienie żółtaczki. Bilirubina ta, daje w przeciwieństwie do żółtaczki pochodzenia wątrobowego odczyn dwuazowy pośredni. Barwiki żółciowe w żółtaczce hemolitycznej nie przechodzą nigdy do moczu. Natomiast stwierdza się w wzmożonej ilości urobilinogen, urobilinę, uroerytrynę, pentdyopen (Bingdd) i wiele innych, bliżej nieznanych barwików. Należy jednak pamiętać, że duże ilości urobiliny w moczu stwierdza się nietylko w żółtaczce hemolitycznej. Występują one zawsze tam, gdzie odbywa się silny rozpad hemoglobiny, a wątroba nie może dać sobie rady z przetwarzaniem produktów rozpadu. Należy tu wymienić marskości wątroby, przewlekłe stany zapalne wątroby, wątrobę zastoinową, niektóre zakaźne uszkodzenia wątroby.

Zawartość sterkobiliny w kale jest 10 — 20 krotnie zwiększona, podczas gdy żółtaczka wątrobowa i pochodzenia pozawątrobowego daje conajwyżej normalne wartości.

Dalszym, bodaj najważniejszym objawem jest zachowanie się czerwonego obrazu krwi. Najważniejszą cechą obok niedokrwistości jest wystąpienie mikrosferocytozy i zmniejszenie oporności osmotycznej krwinek.

Już na pierwszy rzut oka stwierdza się wyraźne zmniejszenie średnicy krwinek. Równocześnie jednak indeks waha się około „1“, przekraczając go często, coby dowodziło, że objętość krwinek raczej zwiększyła się. Mogło to nastąpić jedynie przez przekształcenie się krwinek na postacie kuliste (sferocytoza).

Drugą ważną cechą jest zmniejszenie oporności osmotycznej krwinek. Podczas gdy w warunkach fizjologicznych krwinki rozpuszczają się w roztworze 0,44% soli kuchennej, w żółtaczce hemolitycznej rozpuszczanie się występuje już przy 0.6% soli kuchennej.

Z dalszych cech należy wymienić zwiększoną ilość retikulocytów, dochodzących do 40 — 300‰. Cecha ta aczkolwiek nie patognomiczna wskazuje jednak zwiększoną pracę regeneracyjną szpiku. Potwierdza to zresztą zwiększenie normoblastów i proerytroblastów w rozmazach szpikowych.

Z reguły występuje w żółtaczce hemolitycznej obrzmienie śledziony. Śledziona wystaje na palec spod łuku żebrowego, niekiedy jednak przekracza szerokość dłoni, sprawiając trudności rozpoznawcze (białaczka).

Żółtaczka hemolityczna występuje jako schorzenie konstytucjonalne, dziedziczne, dominujące, lub też jako jednostka nabyta lub objawowo towarzysząca innym chorobom. Rozpoznanie żółtaczki konstytucjonalnej jest łatwe, same już bowiem wywiady dają w przybliżeniu właściwe rozpoznanie.

Chorzy skarżą się na zmęczenie i apatję, kłucie lub ucisk w okolicy lewego podżebrza (obrzmienie śledziony). Bardzo często występują nasilenia (kryzy), choroby w związku z zwiększającym się rozpadem krwinek, objawiające się niedokrwistością i obrzmieniem śledziony.

Bardzo często występuje kolka wątrobowa z towarzyszeniem żółtaczki, przypominająca atak kamicy żółciowej i doprowadzająca niekiedy do zbędnych zabiegów.

Niekiedy nasilenie schorzenia występuje naskutek wstrząsów duchowych.

Autor podkreśla, że większość przypadków żółtaczki „ex emotione“ należy zaliczyć do żółtaczek hemolitycznych, będących poprzednio w okresie utajonym.

Bardzo ważnym jest rozpoznanie konstytucji hemolitycznej, której znaczenie podkreślił Gänsslen. Najczęściej stwierdza się czaszkę wieżową, wysokie czoło, zmiany na powiekach „protrusio bulbi“, zrośnięte płatki uszne, wysoki łuk podniebienny, nieprawidłowe ustawienie zębów, niedorozwój narządów płciowych. Specjalne charakterystyczne są symetryczne owrzodzenia na kończynach dolnych względnie blizny po nich.

Leczenie żółtaczki jest na ogół zachowawcze (roborantia) zwłaszcza wtedy, gdy ma się do czynienia z wadą kosmetyczną (zaburzenia skóry). Gdy jednak niedokrwistość zwiększa się, występuje ogólne osłabienie, zjawiają się kolki wątrobowe, wtedy istnieje wskazanie do usunięcia śledziony, autor stawia wskazania również i w tych przypadkach u młodych osobników, gdzie istnieje zahamowanie rozwoju. Ustępuje ono zupełnie po usunięciu śledziony.

Śmiertelność samego zabiegu jest naogół duża od 3 — 30%. W ręku jednak doświadczonych chirurgów nie przekracza 4%.

Wyniki samego leczenia są tym lepsze, im mniejsze obrzmienie śledziony i im ono krócej trwa. Niekiedy stwierdza się wprost cudowną poprawę.

Erytrocytoza po kilku dniach dochodzi do normy, ogólne samopoczucie i siła fizyczna podnosi się, a nawet niektóre znamiona konstytucjonalne znikają.

Wyniki te są naogół trwałe, nawroty bardzo rzadkie.

Co się tyczy nabytych form żółtaczki hemolitycznej, jest to temat wysoce sporny. Niektórzy autorzy zaprzeczają wogóle istnieniu podobnych schorzeń, z drugiej strony szkoła Widala obejmuje pojęciem „icterè hemolytique acquis" zbyt szeroki zakres.

Schorzenie to występuje w wieku starszym poraz pierwszy, bez uprzednio alarmujących objawów, znika zaś całkowicie po usunięciu śledziony (przypadki autora).

Przyczyna tego schorzenia jest niejasna. Niekiedy w wywiadach mamy zakażenie ogólne, malarię lub kiłę. Autor podaje 2 przypadki żółtaczki hemolitycznej nabytej, towarzyszącej: 1. hepatitis chronica i 2. abscessus paranephriticus sin. stwierdzone badaniami krwi (mikrosferocytoza i obniżenie oporności osmotycznej).

W obu tych przypadkach autor tłumaczy wystąpienie żółtaczki uczynnieniem układu siateczkowo-śródbłonkowego naskutek przewlekłego zakażenia.

We wszystkich przypadkach żółtaczki hemolitycznej nabytej należy zająć stanowisko wyczekujące, a przeprowadzić energiczną kurację zasadniczego schorzenia (lues).

W szeregu bowiem przypadków żółtaczka ustępowała samoistnie lub też po przeprowadzeniu leczenia pierwotnego schorzenia. Dopiero gdy żółtaczka mimo wyleczenie zasadniczej choroby pozostawała w dalszym ciągu lub też gdy występowały uporczywe nawroty, przypadek nadawał się do zabiegu (usunięcie śledziony).

———:o:———

A. BOGOMOLETZ. *O mechanizmie działania leczniczego przetaczania krwi w chorobach zakaźnych.* (Le Sang Nr. 4, 1938 r.).

Każdą chorobę zakaźną cechuje stan allergii, który zjawia się już w okresie wylęgania, może się ujawniać w zespole objawów zwiastunowych i trwa do samego końca choroby. Początkowo wyraża się on okresem wybitnie wzmożonej reakcji tak specyficznej jak i niespecyficznej, który z czasem przechodzi w okres słabego oddziaływania. W przeciwieństwie do tego stan odporności nabytej po przebyciu choroby zakaźnej cha-

rakteryzuje się wybitną zdolnością do reakcji specyficznej, która utrzymuje się długo i nie przechodzi w okres depresji reakcyjnej.

Uczulenie ustroju na początku choroby zakaźnej odgrywa najprawdopodobniej bardzo ważną rolę w zespole czynników warunkujących rozwój choroby. Z tego zatem wynika, że leczenie chorób zakaźnych we wczesnym okresie powinno zmierzać do odczulenia ustroju, a także do wzmożenia sił obronnych organizmu i jednocześnie do osłabienia działalności zarazków oraz ich toksyn.

Żukow zauważył, że przetoczenie 100 — 150 ccm krwi może przerwać płonicę w pierwszych dniach choroby. W przypadkach zaawansowanych postępowanie takie zawodzi, zwłaszcza jeśli istnieją już w ustroju paciarkowcowe ogniska zapalne. Zastosowanie przetaczania krwi u chorych w początkowym okresie czerwonki bakteryjnej dawało Żukowowi znakomity wynik leczniczy. Już po 25 godz. ilość stolców zmniejszała się z 25 — 40 do 2 — 3 dziennie i chorzy rychło zdrowieli. Osiągnięcie dobrych wyników w terapii chorób zakaźnych przy pomocy przetaczania krwi wymaga naturalnie wczesnego rozpoznania i szybkiego wkroczenia.

Jakiż jest mechanizm działania przetoczonej krwi?

Pierwszym narzucającym się tu przypuszczeniem jest, że przy przetaczaniu krwi wprowadzamy do ustroju ciała odpornościowe, które działają niszcząco na zarazki. Jak wynika z doświadczeń Gragerowa i Marczuka przeciwciała wprowadzone przy izohemotransfuzji dają się wykazać we krwi biorcy w ciągu kilku dni po przetoczeniu. A więc pierwotnie wysunięta koncepcja mogłaby się wydawać tymbardziej prosta i słuszna. Jednakowoż bardzo liczne spostrzeżenia, dotyczące stosowania surowic bakteriobójczych w różnych chorobach zakaźnych, wykazały, że surowice specyficzne nie dają lepszego efektu leczniczego niż surowice pochodzące od osobników nieuodpornionych.

Istotą terapeutycznego działania przetaczania krwi ma być według autora zjawisko koloidoklazji, powstające skutkiem zetknięcia się białek dawcy i biorcy. Prowadzi to do wzmożenia czynności ustroju i procesów biochemicznych. Podstawą tego działania ma być enzymatyczny rozpad strątów wewnątrzkomórkowych i powstanie ciał o charakterze polypeptydów zbliżonych do proteoz Carrela, które wywołują autokatalityczne pobudzenie czynności komórek.

Według Niny Medwedew zjawisko koloidoklazji wewnątrzkomórkowej zachodzi najwybitniej przy izohemotransfuzji. Natomiast przy heterohemotransfuzji koloidoklazja ma miejsce już we krwi, co powoduje, że komórki biorcy są mniej eksponowane na działanie obcego białka, bowiem wypadło ono po za nimi. Szok koloidoklastyczny przy izohemotransfuzji charakteryzuje się według N. Medwedew przez wewnątrzkomórkowe strącanie się (kłaczkowanie) białka z następową, również wewnątrzko-

mórkową proteolizą, zmniejszoną rozpuszczalnością albumin, ich uchwiejnieniem oraz zmniejszoną kohezją koloidów tkankowych i wody.

Badania O. Bogomoltza wykazały, że przy izohemotransfuzji występuje obniżenie potencjału oksydoredukcyjnego krwi krążącej, a w większym jeszcze stopniu tkanek, co świadczy nietylko o zaburzeniach utleniania i redukcji ale i o wyładowaniach elektrycznych w micellach protoplazmy, co prowadzi do wstrząśnięcia równowagi elektrycznej koloidów, koloidoklazji i kłaczkowania.

Zjawisko koloidoklazji i kłaczkowania można prześledzić ad oculos w oku. Okulista moskiewski Archangielski, zauważył pierwszy, że u osobnika z nieprzejrzystym ciałkiem szklistym po transfuzji wypadają kłaczki, które później rozpadają się i ciałko szkliste staje się przejrzyste.

Klasyczne badania Richeta, Widala, Abramiego, Brissauda i Bordeta wykazały, że stanowi uczulenia towarzyszy uchwiejnienie micelli uczulonych. Przy koloidoklazji wskutek izohemotransfuzji elementy te ulegają skłaczkowaniu, a co za tym idzie komórki zostają odczulone. Marczuk wykazał, że izohemotransfuzja u zwierzęcia, będącego w stanie nadwrażliwości (anafilaksji) znosi ten stan bez wywołania reakcji ogólnej ustroju i nie pozwala na wystąpienie szoku anafilaktycznego po powtórnym wprowadzeniu antygenu.

Niewątpliwie obecne w ustroju przy chorobach zakaźnych drobnoustroje i ich toksyny ulegają działaniu kłaczkowania i następowo tracą swoją aktywność.

Reasumując autor wyraża pogląd, że efekt leczniczy przetaczania krwi w chorobach zakaźnych, najwybitniejszy na początku choroby, polega na odczuleniu, wzmożeniu aktywności komórek ustroju i na strąceniu i rozkładzie drobnoustrojów i ich toksyn. Podstawą tych złożonych procesów biologicznych są zjawiska biochemiczne jak koloidoklazja, kłaczkowanie i proteoliza strątów, prowadzące do pobudzenia autokatalitycznego czynności ustroju.

———:o:———

TH. DESMONTS. *Fluoryzujące krwinki czerwone.* (Le Sang Nr. 2, 1938 r.).

Fluorescencja tkanek w świetle ultrafioletowym była w ostatnich latach przedmiotem wielu prac. Już w roku 1924 Derrien i Turchini oraz Pollicard zajęli się badaniem mikroskopowym tkanek, używając światła ultrafioletowego. W roku 1926 Millot i Turchini zauważył, że krwinki pająków fluoryzyją biało. W trzy lata później Borst i Koenigsdorfer zaobserwowali czerwoną fluorescencję niektórych krwinek czerwonych, pochodzących ze szpiku, lub obwodowej krwi płodów ludzkich. Systematyczne studia nad zachowaniem się krwinek fluoryzujących u osobników

zdrowych i w różnych stanach patologicznych podjął w roku 1933 badacz niemiecki Seggel.

Według tego autora krwinki fluoryzujące stanowią u ludzi normalnych mniej niż 1% ogólnej liczby krwinek czerwonych. W przebiegu różnych chorób jak zapalenie płuc, grupa, zapalenie nerek, cierpień serca, wątroby, chorobach nerwowych, zatruciu arszenikiem ilość ich jest prawidłowa i nie wykazuje większych odchyleń. Interesujące jednak jest zachowywanie się krwinek fluoryzujących w niedokrwistościach. W ostrej niedokrwistości w okresie wczesnym po krwotoku ilość krwinek fluoryzujących nie ulega zmianie. Dopiero po 7 — 8 dniach ilość ich wyraźnie się wzmaga, osiąga kilkudniowe wysokie maximum i wreszcie w ciągu 2 — 3 tygodni spada do normy. Największa zawartość krwinek fluoryzujących występuje w okresie najbardziej nasilonej regeneracji krwi.

W nieleczonej niedokrwistości złośliwej Biermera ilość krwinek fluoryzujących jest bardzo mała. Po zastosowaniu leczenia wyciągami wątroby, ilość ich wzrasta bardzo wybitnie, osiągając 5 — 10% ogólnej zawartości krwinek czerwonych.

Z tego, co zostało powiedziane o zachowaniu się krwinek czerwonych fluoryzujących w niedokrwistości ostrej po krwotoku i biermerowskiej wynikałoby, że zachowanie się ich stanowi analogię do retikulocytów. Jak się jednak okazuje z badań porównawczych szczyt narastania retikulocytów wyprzedza szczyt krzywej narastania fluoryzujących krwinek czerwonych, a po za tym nie ma związku ilościowego między zawartością obu tego rodzaju krwinek. W przebiegu niedokrwistości niedobarwliwych i przy określonych kuracjach (witaminą B_2) retikulocyty zachowują się zupełnie odmiennie od krwinek fluoryzujących. Przy niedokrwistościach niedobarwliwych ilość krwinek fluoryzujących się wzmaga. Po zastosowania leczenia żelazem zawartość ich się wyraźnie zmniejsza, gdy tymczasem retikulocyty zjawiają się w większej ilości. Również przy kuracji witaminą B_2 występuje zwiększenie ilości retikulocytów przy normalnej zawartości krwinek fluoryzujących.

Jeśli chodzi o przyczynę fluorescencji krwinek wydaje się, że zależy ona najprawdopodobniej od zawartości porfiryn.

———:o:———

FOWLER W. M. i BARKER A. P. *Pochodzenie i leczenie samoistnej niedokrwistości niedobarwliwej.* (Le Sang.Nr. 9, 1938 r.).

Autorzy sądzą, że podłożem powstawania niedobarwliwej niedokrwistości samoistnej jest w większości przypadków zespół czynników, na który składają się duże utraty krwi przy menstruacji i niedostateczne wchłanianie żelaza, zależne od złej czynności wydzielniczej żołądka. Według autorów zużytkowanie żelaza jest w tych przypadkach prawidłowe.

Duże dawki żelaza w przeciwieństwie do małych dają bardzo wybitną regenerację hemoglobiny. Jednakże dawki dzienne 1 — 3 gr żelaza podawane współcześnie z cytrynianem amonu dają bardzo piękne wyniki lecznicze nawet w przypadkach z całkowitym bezsokiem.

Miedź ani wyciąg wątroby nie wzmagają wytwarzania hemoglobiny.

Żelazo podawane domięśniowo pozostaje bez wpływu na powstawanie hemoglobiny.

———:o:———

BARKER A. P. i FOWLER W. M. *Wpływ miedzi i wyciągu wątrobowego na retencję żelaza.* (Le Sang Nr. 9, 1938 r.).

W celu określenia wpływu miedzi i wyciągu wątrobowego na retencję żelaza, autorzy oznaczali bilans żelaza u 10 chorych na niedokrwistość niedobarwliwą. Wnioski wynikające z ich pracy są następujące:

1. Jeśli podaje się żelazo w dawkach umiarkowanych, dodatek miedzi zmniejsza retencję, zwiększając jednak równocześnie zużytkowanie żelaza.

2. Przy podawaniu dużych dawek żelaza efekt działania miedzi jest znikomy.

3. Wyciągi wątrobowe nieznacznie zmniejszają retencję żelaza.

Poza tym autorzy stwierdzili, że dodatek miedzi czy wyciągu wątrobowego nie wpływa zupełnie na szybkość zwiększenia się zawartości hemoglobiny u chorych z niedokrwistością niedobarwliwą leczonych żelazem.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

BIULETYN PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH

Zachęcajmy do rozbudowy kąpielisk morskich.

Krótki nasz pas wybrzeża morskiego jest dla kraju skarbem, o który całe społeczeństwo winno się troszczyć i dbać. Wszyscy mamy obywatelski obowiązek nie tylko przyczynić się do wzmocnienia floty morskiej, która ma strzec całości naszego wybrzeża, ale również powiązać jak najściślejszymi węzłami społeczeństwo z innych połaci kraju z morzem polskim.

Początek na tej drodze został już zrobiony. Zrozumienie i zamiłowanie do morza wzrosło wśród społeczeństwa w ostatnich kilkunastu latach w tempie więcej niż zadowalającym. Puste, samotne wioski nadbrzeżne obróciły się w ludne kąpieliska, rojące się tłumami kuracjuszy, których ani niepogoda, ani brak mieszkań nie zdoła wypędzić z powrotem w głąb kraju.

Na niepogodę poradzić nie możemy. Ale brak mieszkań jest złem, które przy dobrej woli wszystkich zainteresowanych czynników można usunąć. Trzeba tylko, aby tak społeczeństwo, jak odnośne władze i instytucje odniosły się do sprawy ze zrozumieniem i uczyniły zbiorowy wysiłek, aby stosunki w tej dziedzinie naprawić.

Należy przede wszystkim zdać sobie sprawę, gdzie leży punkt ciężkości problemu: mianowicie jaki element przyczynia się w największej mierze do rozwoju kąpielisk. Czy to będą kuracjusze i letnicy, których trzeba ściągnąć do uzdrowisk nadmorskich, aby zwiększyć frekwencję i ruch? Otóż odpowiemy odrazu, że nie. Szczupłe bowiem nasze wybrzeże jest w tym szczęśliwym położeniu, że nie potrzebuje ubiegać się o werbunek kuracjuszy. Frekwencja ich wzrasta w tempie tak szybkim, że rozbudowa i podnoszenie poziomu kąpielisk nie może dotrzymać jej kroku. Kuracjusze zjeżdżają się tłumnie — w pełnym sezonie nierzadko zdarzają się wypadki, że nieprzezorny gość, który nie zapewnił sobie z góry pokoju, błądzi potem od domu do domu, a nawet od wsi do wsi, szukając bezskutecznie locum.

Bolączka ta, znana wszystkim miłośnikom morza, wskazuje nam jasno, w jakiej warstwie społecznej należy upatrywać rzeczywistego czynnika rozwoju kąpielisk. Będą to właściciele wil i pensjonatów oraz ci, którzy zamierzają lub mogą takie obiekty nad morzem budować.

Zdawałoby się, że niezwykle wysoka frekwencja w kąpieliskach pociągnie sama inicjatywę prywatną do lokowania kapitału w pensjonatach, willach i hotelach w tych miejscowościach. Tak jednak nie jest. Wybrzeże owszem — rozbudowuje się, ale nie w takim tempie i nie tak szeroko, jakby można, jakby należało. Trzeba bowiem zważyć, że silne natężenie frekwencji nad morzem trwa niezmiernie krótko, krócej, niż w jakichkolwiek innych uzdrowiskach. Sezon w kąpieliskach trwający w najlepszym wypadku przez trzy letnie miesiące, nie pozwala właścicielom nieruchomości na czerpanie z nich takich korzyści, jakie odnoszą ze swoich obiektów właściciele pensjonatów w uzdrowiskach, cieszących się mniejszą frekwencją niż wybrzeże. Przez olbrzymią część roku pensjonaty nad morzem stoją pustką i są przedmiotami martwymi, nie przynoszącymi żadnych zysków, a wymagającymi jeszcze wkładów na utrzymanie.

Krótki sezon nad morzem nie jest również złem nie dającym się usunąć. W innych krajach kąpieliska morskie bywają uczęszczane przez długie miesiące wiosenne i jesienne, a zakłady lecznicze są czynne przez cały rok bez przerwy. Nasze kąpieliska morskie niewątpliwie mają też taką przyszłość przed sobą. Zainteresowane czynniki podejmują już w tej sprawie liczne starania i kwestia przedłużenia sezonu nad morzem jest już obecnie na drodze do stopniowego rozwiązania. Kiedy ten postulat zostanie uskuteczniony, wówczas najprawdopodobniej właściciele nieruchomości nad morzem będą czerpali z nich większe zyski, niż w jakichkol

wiek innych miejscowościach; oprócz bowiem nasilonej frekwencji podczas gorącego lata kąpieliska będą cieszyły się umiarkowanym napływem kuracjuszy w ciągu innych pór roku.

Narazie jednak sprawa ta jest jeszcze otwarta i z tym stanem rzeczy należy się liczyć, przystępując do rozważania możliwych dróg rozbudowy kąpielisk. Obecnie jeszcze położenie właścicieli pensjonatów wymaga opieki ze strony władz i czynienia im możliwych ułatwień, aby zachęcić i innych do lokowania swych kapitałów na wybrzeżu. To też zainteresowane instytucje podejmują odpowiednie starania, jak np. Związek Uzdrowisk Polskich wystąpił do właściwych władz z wnioskiem o zwolnienie właścicieli nieruchomości nad morzem z opłaty taksy kuracyjnej. Ulga ta, o ile zostanie uzyskana, będzie stanowiła zaledwie cząstkę pożądanych ułatwień, można jednak mieć nadzieję, że za tym pierwszym krokiem nastąpią dalsze ku najlepszemu rozwiązaniu tej sprawy.

TREŚĆ

REDAKTOR: w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5. tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175.

Drukarnia „Antiqua“, St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.


Grypa, Angina
Zapalenie płuc
FORTADIN
SPIESS
immunoterapia nieswoista